

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський державний університет
імені Петра Могили

В. І. Каневський

СУЇЦИДОЛОГІЯ В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ

Навчальний посібник



УДК 159.942:364.624:616.89-008.441.44

ББК 88

К 19

Рекомендовано до друку вченою радою ЧДУ ім. Петра Могили (протокол № 4 від 12.12.2013).

Рецензенти:

Розанов В. А., д. мед. н., професор кафедри клінічної психології ІІПО ОНУ ім. Н. І. Мечникова;

Стариков І. М., почесний доктор Національної академії педагогічних наук України, завідувач кафедри соціальної педагогіки МНУ ім. В. О. Сухомлинського, закордонний член Російської академії наук;

Васильєв Я. В., д. психол. н., професор, завідувач кафедри соціальної роботи, психології та педагогіки ЧДУ ім. Петра Могили.

К 19

Каневський В. І.

Суїцидологія в соціальній роботі : [навчальний посібник] / В. І. Каневський. – Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2014. – 348 с.

ISBN 978-966-336-322-6

Навчальний посібник присвячено актуальній проблемі сучасного суспільства – суїцидальній поведінці й особливостям підготовки та роботи соціального працівника з цією проблемою.

Аналізується історія розвитку і сучасний стан суїцидології. Висвітлено соціально-психологічні та особистісні передумови виникнення суїцидальних тенденцій, підходи та методи суїцидальної превенції, інтервенції та поственції. Викладено ряд методик психологічної діагностики суїцидального ризику.

Запропоновано авторську концепцію суїцидальної ситуації та класифікацію суїцидальних спроб.

Навчальний посібник розраховано на студентів і викладачів вищих навчальних закладів, а також на широке коло фахівців у галузі психології, соціальної роботи та соціальної педагогіки.

УДК 159.159.942:364.624:616.89-008.441.44

ББК 88

ISBN 978-966-336-322-6

© Каневський В. І., 2014

© ЧДУ ім. Петра Могили, 2014

З М І С Т

Вступ	4
Розділ 1. Історичні аспекти суїцидальної поведінки.....	6
Розділ 2. Основні концепції та підходи в сучасній суїцидології	20
2.1. Соціологічна концепція	21
2.2. Психологічна концепція	26
2.3. Медична (психопатологічна, клініко-психологічна) концепція	47
2.4. Інтегративний підхід.....	52
Розділ 3. Проблеми суїцидального та парасуїцидального типів поведінки	56
3.1. Суїцидальна поведінка як один із видів прояву аутоагресивної поведінки	56
3.2. Суїцидальна та парасуїцидальна поведінка	61
Розділ 4. Динаміка суїцидальної поведінки	70
Розділ 5. Детермінанти суїцидальної поведінки	81
5.1. Час і місце здійснення суїцидальної спроби	81
5.2. Спосіб скоєння спроби	84
5.3. Тяжкість суїцидальної спроби	92
5.4. Вік.....	93
5.5. Стать.....	99
5.6. Економічний стан і зайнятість	103
5.7. Сім'я	108
5.8. Освіта	111
5.9. Негативні події в житті суїцидента	111
5.9.1. Насильство	112
5.9.2. Безнадія	114
5.9.3. Самотність.....	118
5.9.4. Повторний суїцид	120
Розділ 6. Причини та мотиви самогубства	125
Розділ 7. Оцінка суїцидального ризику	133
Розділ 8. Ситуація як психологічна одиниця. Цільова спрямованість парасуїцидальної особистості	141
Розділ 9. Психологічна допомога в суїцидальній ситуації	160
Розділ 10. Діагностичний інструментарій у суїцидологічній практиці	179
Висновки	217
Література	218
Додатки	234

ВСТУП

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, самогубства вийшли на одне з перших місць за рівнем смертності. Протягом останніх чотирьох із половиною десятиліть фахівцями цієї організації було зафіксовано повсюдне зростання смертності від суїцидів, причому в різних вікових групах [205].

Традиційно ступінь суїцидонебезпечності в країні визначається індексом частоти завершених самогубств на 100 тис. осіб. Згідно зі шкалою оцінки ВООЗ, виділяють три рівні частоти самогубства:

- низький – до 10 випадків на 100 тис. населення;
- середній – від 10 до 20 випадків на 100 тис. населення;
- високий, або «критичний» – понад 20 випадків на 100 тис. населення.

У цьому плані Україна входить у першу десятку країн світу з найвищим рівнем самогубств – не менше ніж 20 випадків на 100 тис. осіб [65]. Причому слід зазначити, що динаміка самогубств у нашій країні за останні 20 років показувала і «піки» (30 випадків на 100 тис. населення), і спади, починаючи з 2000 р., що припали на період відносної економічної стабілізації. Водночас мінімального рівня 1988 р. (18 випадків на 100 тис. населення) ще не досягнуто.

Смертність населення України 2011 р. з причини самогубства (навмисного самоушкодження) склала 20 випадків на 100 тис. осіб [125], у тому числі в областях (мал. 1):

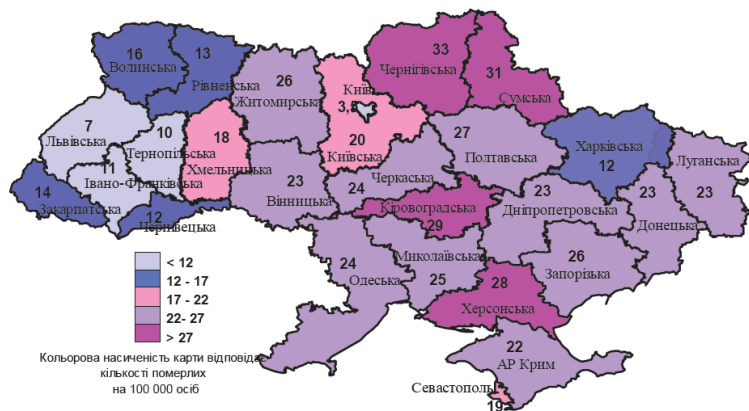


Рис. 1. Розподіл смертності населення в розрізі регіонів України у 2011 р. з причини навмисного самоушкодження (на 100 тис. населення)

Згадані показники є індикаторами громадського здоров'я, рівня життя населення. Соціального працівника, який стикається з подібною проблемою, може здивувати різноманіття цього феномену. Дослідженням його займається суїцидологія – міждисциплінарна галузь знання, що вивчає причини суїцидальної поведінки та шляхи його профілактики. Вона тісно пов'язана з такими дисциплінами, як психологія, психіатрія, фізіологія, філософія, соціологія. Тим часом нинішній стан суїцидологічної науки розкриває ще одну важливу проблему: рівень суїцидологічних знань щодо незавершених суїцидів (парасуїцидів, суїцидальних спроб). Наприклад, реальні показники рівня суїциду в США, на думку дослідників, удвічі є вищими, порівняно з офіційними цифрами, оскільки існує проблема з констатацією смерті в разі суїциду [22; 196].

Сьогодні немає єдиної системи обліку та реєстрації суїцидальних спроб, і трактування цих дій неоднозначне. У суїцидологічній літературі працює система, яка фіксує завершені суїциди, однак при цьому не завжди враховується, що невдалі або незавершені суїциди можуть повторюватися й призводити до летальних наслідків, що, зокрема, підтвердили і наші дослідження.

Експерти ВООЗ вважають, що рівень зареєстрованих самогубств залишається заниженим приблизно на 20 %, а в деяких регіонах світу – на 100 % у результаті панівних соціальних чи релігійних поглядів на суїцид. Що ж до відомостей про суїцидальні спроби, то тут діє т. зв. «феномен айсберга», в якого частина, що виступає над водою, відноситься до підводної в межах від 1:4 до 1:40 [148].

Для того, щоб дати соціальному працівнику початкові відомості про суїцидологію та можливість орієнтуватися в питаннях, пов'язаних із поведінкою суїцидента: його переживаннях, мотивах, діях і надавати психологічну підтримку людині в кризовому стані, написано цей посібник.

Нами розглядається ставлення до самогубств і самогубців в історії, різноманітність підходів до трактування феномену суїциду, риси суїцидальної поведінки, її динаміка, діагностика суїцидального ризику. Ми зробили спробу узагальнити інформацію, накопичену в міждисциплінарному підході до феномену суїциду, водночас наводиться ряд даних, отриманих у результаті нашої роботи в цій галузі.

Розділ I

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Перші згадки про самогубство сягають глибокої давнини, докласового і ранньокласового суспільства, що зумовлювало і ставлення до нього.

Можна сказати, що ставлення до життя і смерті, особливо до можливості вибору між ними, супроводжувало становлення особистості й суспільства. У цьому сенсі людство пройшло шлях від інстинктивних форм поведінки, близьких до моделей тваринного світу, коли особа йде на самознищення, але не в результаті свідомого рішення, – до позитивно прийнятого суспільством самогубства, аж до індивідуального вибору між життям і смертю як прояву особистої волі. Вважається, що тварини не розуміють своєї смертності і не здатні шукати власної смерті. «Бажати того, чого не розумієш, не можна: самогубство – ціна, яку людські істоти платять за свою самосвідомість, і серед інших видів воно в порівнянних формах не існує» [121]. Щось подібне стверджує і тіфоаналітик Ю. Вагін: «Лебеді, що не співають свою знамениту лебедину пісню і не кидаються, склавши крила, вниз головою у воду; скорпіони, оточені вогнем, що не жалять себе в спину; жеребці, котрих змусили злучатися з власними матерями, які не кидаються з високої скелі – усе це красиві легенди, вигадані людьми» [27]. Правда, представники інших видів можуть навмисно завдавати собі ушкоджень, якщо піддаються надмірним неприємностям.

Із появою перших суїцидів пов'язана й неоднозначна їх оцінка. Наприклад, самогубство літніх людей у примітивному суспільстві, коли вони ставали тягарем для племені, заохочувалося, і сліди цього зберігалися в деяких етнічних спільнотах і до нового часу (згадаймо японський фільм «Легенда про Нарайямі»). Це певним чином нагадує форму альтруїстичного суїциду, про який згодом буде писати у своїй класичній праці Е. Дюркгейм [54].

Ю. Вагін вважає, наприклад, що подібна практика пов'язана з розвитком культури, коли певні форми агресії, спрямованої на інших (убивство, канибалізм), уже табувалися, і люди похилого віку так компенсували подібний «біосоціальний дефект», віддаючи своє життя, щоб племені не загрозувала голодна смерть. Може мати місце

феномен викупної жертви. На думку Дж. Хеннігера (1987), «Викупна жертва у вузькому сенсі припускає усвідомлення моральної провини, за якою може слідувати покарання вищої істоти; його, отже, слід пом'якшити необхідними діями винних людей. Але поняття спокути (очищення, люстрації) часто використовується в розширеному сенсі усунення або запобігання будь-якого роду злу чи невдачі. Багато авторів вважають, що етичний концепт гріха сформувався пізніше, а тому розглядають ритуали очищення та усунення всіякого зла (без участі вищої істоти) як найбільш ранні форми спокути. Потрібно також виділити відносин людей з іншими особистісними істотами. Ці істоти (духи, демони тощо) можуть розглядатися як етично байдужі, але примхливі, задрісні, жадібні й кровожерливі. У такому випадку спокутування означає просто усунення того, що викликало або могло викликати гнів цих істот, щоб вони залишили людей у спокої; жодних стосунків дружності або благовоління не передбачається. З іншого боку, вищі істоти розглядаються як найбільш доброзичливі, тому будь-яке порушення добрих стосунків із ними вважається людської провинною; тому необхідно відновити нормальні, добрі відносини за допомогою викупної жертви; у цих випадках говорять про спокуту, заспокоєння або примирення» [175].

Дж. Д. Бетте вважає, що викупну жертву цілком може бути принесено у формі суїциду, за допомогою якого досягається повне спокутування гріхів. «Якщо дія спрямована при цьому до більшого блага культу, групи або громади, виконуються критерії Дж. Хеннігера (1987) для викупної жертви. Тут важливо: якщо жертвоприношення відбувається самим винуватцем, а не іншими особами (не у формі ритуального вбивства), тоді ми повинні визнати, що суїцид здатний бути формою самопожертви. Зрозуміло, саме цю форму Е. Дюркгейм (1897) назвав альтруїстичним суїцидом» [155].

Принесення себе в жертву богам існувало в багатьох народів. Наприклад, ритуальні самогубства існували в Стародавньому Китаї і в Стародавній Японії під час будівництва храмів. Відлуння цієї архаїки можна знайти і в нинішній суїцидальній поведінці; про ритуальний вираз суїциду згадував, зокрема, той же Е. Дюркгейм. Ритуальне самогубство вдів практикувалося у стародавніх скіфів, стародавніх германців (вдови полеглих воїнів), а в Індії («саті») воно дожило й дотепер. Передбачалося, що в потойбічному світі («... ні, весь я не помру») вони воз'єднаються зі своїми коханими або повелителями. Стародавні кельти також вважали, що душа здатна до переселення, тому суїцид заохочувався, якщо існувала загроза волі. Індустри кидалися під священні колісниці для воз'єднання з божеством.

Протягом багатьох століть в Японії люди шанобливо ставилися до характері (ритуальне самогубство, скоєне, зазвичай, кинджалом *танто*, *кусунгобу* або мечем *вакидзасі – сеппуку*, від яп. 切腹 – «розпорювання живота»), прийняте серед самурайського стану середньовічної Японії. Воно полягало в тому, що самогубець прорізав живіт поперек, від лівого боку до правого, або іншим способом – прорізав його двічі: спочатку горизонтально від лівого боку до правого, а потім вертикально від діафрагми до пуповини), як спосіб людей, що зазнали поразки, або згнєблених виправдати себе. Існували традиції як добровільного, так і примусового характері. Якщо людина добровільно вирішувала звести рахунки з життям, скликавши членів своєї сім'ї, вона вбиралась у все біле, розпорювала собі живіт, після чого син або близький друг відрубав їй голову. У перебігу Другої світової війни японські пілоти-камікадзе розглядали суїцид шляхом підризу ворожої цілі своїм літаком як високу честь.

Жителі Меланезійського архіпелагу, що зберігали родоплемінний лад ще в 20-і рр. нашого століття, сприймали самогубство без осуду. Це був цілком укорінений спосіб самопокарання (у вигляді вибачення або кари за порушення табу) і навіть помсти. Меланезійські самогубці стрибали з високої пальми або приймали отруту.

Разом із тим самогубство – не тільки жертва, воно є і відступом від мети загального блага і являє собою егоцентричну позицію особистості, мета якої – уникнути індивідуального страждання.

У Стародавньому Єгипті, вавилонян, фінікійців, ассирійців і персів самогубство не заохочувалося. Горці Кавказу вважали, що краще вже фізична смерть, ніж соціальна смерть за життя. Бути живим може й померлий, якщо він щось соціально значив для живих, тобто був корисним, авторитетним [141].

Адиги й абазинці не ховали на загальному цвинтарі людей, померлих неприродною смертю, тобто самогубців, що повісилися, утопилися. Вважалося, що їхні душі бродять безцільно світом [141].

Можна припустити, що з розвитком тих чи інших усталених форм регулювання суспільного життя «право» особистості на добровільний відхід із життя суворо регламентувався.

У Стародавній Греції з розвитком полісів особистість пов'язувалася з інтересами суспільства, не виділялася з громадської сукупності, втрата члена суспільства підривала основи полісу, тому оцінка самогубства змінювалася в негативний бік у більшості грецьких міст. Так, у Стародавніх Фівах самогубців позбавляли посмертних почесностей, проклинали, а їхні трупи спалювали, так само, як і в Спарті. За афінським законами, руки самогубців відсікали і ховали окремо від тіла, хоча

його не спалювали, щоб не осквернити вогню, який вважався благородною стихією.

Для давньогрецького менталітету самогубство – стан екстремальної нечистоти. «Наказувалося навіть знищити або видалити за межі міста гілля й мотузку, на яких повісився самовбивця» [141]. Померлий на полі бою не споганював учасників похорону. А самогубець ставав особистістю поза часом, поза пам'яттю; для нього не приносили жертви; він ставав істотою позакалендарного, позасільськогосподарського циклу, що несла вічне покарання, на відміну від блаженного життя героя на Єлісейських полях.

Однак у часи античності ставилися позитивно до самогубства як до акту добровільного вибору, вільного вчинку, що доводить особисту віру того, хто це робить, у неістотність смерті, у безсмертя людської душі. Так учинили Сократ, Демосфен, Сенека. Тоді стояла дилема: вважати факт добровільного відходу з життя високою, піднесено-продуманою смертю або справою негідною, брудною. Греки вирішували це питання в кожному конкретному випадку: і якщо це було самогубство через боягузтво, низькі помисли, бажання, то його відносили до нечистої, поганой смерті, до розпаду тіла після смерті, а якщо люди йшли з життя не з власної волі, захищаючи свою честь, то це якщо й не віталось, то не засуджувалося, і смерть вважалася доброю, вимушеною смертю людей, що люблять життя [141].

Неоднозначність подібного ставлення до самогубства проявилася і в роботах філософів античності.

Батько ідеалізму Платон виступав проти самогубства. У своїй книзі «Закони» він писав, що самогубці мають бути поховані окремо від інших людей, а їхні могили не повинні прикрашатися жодним написами та пам'ятниками.

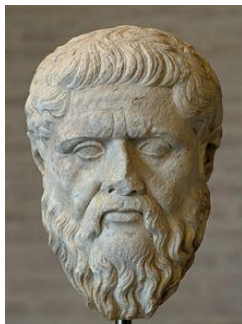


Рис. 2. Платон (428 або 427 – 348 або 347 рр. до н. е.)

Платон поставив перед собою дуже складне завдання: не зрікаючись від любові й поваги до свого вчителя Сократа, показати, що самогубство, учинене цією ідеальною людиною, – не вихід і не спосіб. Для цього авторові в діалозі «Федон» довелося вкласти в уста свого героя слова, з яких випливає, що вчинок Сократа – не правило, а рідкісний виняток, який може бути санкціоновано лише вищою силою. Водночас «свідомий акт, спрямований на звільнення душі від тіла, смерть Сократа послужила для наступних поколінь зразком смерті-безсмертя. Саме у «Федоні» зі смертю філософа-поета народилася ідея безсмертя душі, що наклала відбиток на всю подальшу історію західної цивілізації» [106].

Аристотель більше підкреслює антигромадськість цього явища.

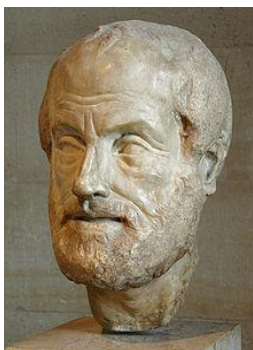


Рис. 3. Аристотель (384 – 322 рр. до н. е.)

На його думку, смерть приходить у визначений час, і її слід вітати; самогубство ж є проявом малодушності й боягузтва. Воно є актом безвідповідальним і злочином проти держави, бо забруднює місто і послаблює суспільство, позбавляючи його корисного громадянина. Самогубство заманує людей двома приманками – легкістю і честю, але насправді є боягузтвом і дезертирством, тому що той, хто вбиває себе, подібний до солдата, який покинув свій пост.

Епікур і його школа гедонізму вважали суїцид можливим і навіть бажаним. Стоїки цінували необмежений прояв свободи, яка передбачала й право вибору одного з багатьох варіантів відходу з життя. Перший філософ, що проповідував в афінській стої – Зенон Кітіона – покінчив із життям, загатававши подих. Ранніми стоїками було розроблено аргументацію, першу, мабуть, в історії, що мала вигляд повноцінної етичної системи: розумність і моральність – неодмінні умови життя гідної людини; якщо з певних причин жити розумно і морально стало неможливо, слід померти; благо – не тривалість життя, а його якість; страху немає, бо людині нічого боятися – вона є господарем своєї долі.

У Стародавньому Римі самогубство Катона, який віддавав перевагу добровільній смерті над життям під диктатом Цезаря, вважалося зразком громадянської поведінки, так само, як і самогубство Лукреції, після того, як її збещестив Тарквіній (який і був вигнаний із Риму). Багато в чому римський погляд на феномен суїциду відобразив філософ Луцій Анней Сенека.

Сенека належав до школи стоїків, т. зв. нової стої. Як і личить стоїку, римський філософ допускав добровільне припинення свого життя. Зазначимо, що самого філософа в юності відвідували суїцидальні думки.



Рис. 4. Сенека (4 – 65 рр. н. е.)

Сенека говорив, що треба йти до смерті без ненависті до життя. Треба навчитися зневажати її, – радив він своєму учневі Луцилію, – занадто багато навколо неї забобонів. До самогубства в римського філософа двояке ставлення. Перше: йти до смерті як до звільнення. Не можна перегороджувати шлях до свободи, треба обирати смерть шляхетніше й узагалі не рахуватися з чужою думкою: «Так хіба не мужньо піти наперекір усьому, що велено нам давнім переконанням?». Водночас друге: у певних випадках треба нести свій хрест, уникати самогубства. Сенека проти хтивої спраги смерті: «Мудра і мужня людина має не тікати з життя, а йти». У напутті Луцилію він говорить: «Не можна через страх смерті накладати на себе руки». Останнє слово і справа має залишатися за самостворюваною людиною. Крім того, не слід квапити смерть і з іншої причини: треба дати можливість рідним і друзям побути біля себе довше, як це зробив Сократ. «Часто мене тягнуло покінчити з собою, але утримувала думка про старість батька, який дуже мене любив. Я думав не про те, як мужньо зможу я померти, а про те, що він не зможе мужньо витримати тугу. Тому я наказав собі жити: адже іноді й залишитися жити – справа мужності». Це – відхід

від ортодоксального стоїцизму; філософ нарівні з обов'язком людини перед собою ставить і обов'язок перед іншими, любов і прихильність до ближніх. У термінах сучасної суїцидології ми розглядали б подібний феномен як «антисуїцидальний фактор» [140]. Тобто вперше в античності Сенека створив закінчену танатологічну систему з вагомою суїцидальною складовою: людина вільна заради свободи, звільнення від мук рабства йти назустріч смерті. Вона ж вільна заради рідних і друзів не вдаватися до суїциду. Якщо вже смерть прийшла, треба зустріти її сміливо, не втративши обличчя. Так чинять справжні мудреці; простим смертним він радить сховатися в обіймах філософії: вона і втішить, і зцілить душу.

Зароджуване в цей період християнство ставилося до самогубства амбівалентно. У Новому Заповіті самогубство представлено в опозиції Христа – Іуди. Суїцид Іуди («Іудин гріх») забарвлений у негативні тони, у переказі випущено фізіологічні подробиці («... і коли скинув, розсілося нутро його, і все нутро його вилилось» (Діян. I, 18).



Рис. 5. Самогубство Іуди (Cathédrale Saint – Lazare, Autun)

Добровільна смерть Спасителя, звільнення душі від пут тіла для життя вічного сприймалася багатьма ранніми християнами як модель мучеництва за віру, як прямий шлях до безсмертя, вічного блаженства. Наприклад, Агнця Божого (жертвний образ) наслідували тисячі християнських мучеників. Одні самі свідомо віддавалися в руки катів, інші накладали на себе руки і за це були зараховані християнською церквою до лику святих.

Ранні віровчителі Тертуліан (II ст.) і Св. Ієронім (IV ст.) співчутливо поставилися до деяких актів суїциду християнок, що рятують свою честь і душу.

Радикальних форм набула суїцидальна активність серед християнських фанатиків – донатистів (послідовники карфагенського єпископа Донага) в IV-V ст., які несамовито ждали мучеництва в ім'я віри. Вони вірили в те, що людина може досягти святості зусиллями волі, однак правляча церква побачила в цій установці гріх гордині й оголосила їх еретиками.

Августин Блаженний першим із батьків церкви засудив суїцид. У його трактуванні самогубець – це душоуб.



Рис. 6. Св. Августин (354-430).

Фреска капели Санкт-Санкторум у Латерано, VI ст.

Він порушує шосту заповідь: «Не убий»: адже там не говориться «ближнього свого». Близького потрібно полюбити, як самого себе; отже, вона забороняє взагалі вбивати. Самогубство ж є найгіршим із гріхів ще й тому, що в ньому немає можливості розкаятися. Водночас Августин вводить, так би мовити, пом'якшувальні обставини: самогубство за велінням Бога, тобто виправдання мучеництва в ім'я віри.

Найбільший католицький філософ і теолог Фома Аквінський (XIII ст.) був категоричним, він не знаходив виправдання для жодного виду самогубства. Самогубство, за Св. Фоною, тричі смертний гріх:

проти Господа, котрий дарує життя, проти громадського закону і проти людського ества – інстинкту самозбереження.



Рис. 7. Фома Аквінський (1225-1274)

Проте позиція церкви все ж не така абсолютна – вона суперечлива, на що звертав увагу ще Ф. Ніцше. Справді, мучеництво як інститут зберігався, заохочувалася аскеза, місіонерська діяльність часто була пов'язана зі смертельною небезпекою – це форми поведінки, які сучасна суїцидологія могла б трактувати як аутодеструктивні.

Загалом потрібно зазначити, що в т. зв. «аврамічних» релігіях – іудаїзмі, християнстві, ісламі – до самогубства ставляться в основному негативно. В іудаїзмі суїцид засуджується, але з відомими застереженнями. У трактаті «Семахот» самогубство названо найгіршим із гріхів, ще більш важким злочином, ніж убивство, бо самогубець відкидає Божий суд і нехтує правом на майбутнє життя. Водночас цей злочин вважався підсудним не земному суду, а небесному. Талмуд усе ж дозволяє єврею вбити себе, якщо інакше він може впасти в гріх ідолопоклонства, убивства або перелюбу. Допускався суїцид і в безвихідній ситуації, як, наприклад, самогубство ув'язнених у нацистських концтаборах.

В ісламі зафіксовано негативне ставлення до звичайного самогубства, і в Корані міститься пряма заборона на позбавлення себе життя (4:29). Однак є тлумачення Корану, які заявляють про те, що якщо людина вб'є невірних і в результаті помре сама, то вона опиниться в раю, і її статус дорівнюватиме статусу шахіда. Але ці тлумачення властиві деяким сектам і містичним течіям усередині ісламу і відкидаються більшістю богословів.

Резюмуючи, можна навести слова М. Еліаде: «Кілька головних релігійних традицій відкидають суїцид як релігійно неприйнятний акт, але визнають мучеництво – це іудаїзм, християнство та іслам. Ці релігії розрізняють активне бажання покласти край своєму життю суїцидом і пасивне прийняття смерті як божественної волі через мучеництво від рук іншого» (М. Еліаде, 1987, с.125).

В індуїзмі та буддизмі вважається, що тільки для престарілого архата визнається кармін – нейтральне позбавлення себе життя. У синтоїзмі (Японія) самогубство не тільки не заборонене, але й прямо заохочувалось у варіанті характері.

Мислителі Нового часу також неоднозначно ставилися до цієї проблеми, яку французький екзистенціаліст А. Камю вважав єдино важливою антропологічною філософською проблемою. Усе залежало від світоглядних установок їхніх носіїв. Французькі енциклопедисти епохи Просвітництва (Ж.-Ж. Руссо, Вольтер, Ш.-Л. Монтеск'є) відстоювали право людини на добровільний відхід із життя за філософією «природного» права людини, вільного від жорсткої регламентації релігійного світогляду. Ж.-Ж. Руссо належить лист «Про мимовільну смерть» (до речі, опублікований у Санкт-Петербурзьких «Академічних вістях» у 1780 р.), у якому філософ захищав «право» людини на добровільне припинення життя. Там же публікувалася відповідь М. Смирнова, у ній автор розглядає самогубство як психіатричний феномен [56].

Це можна розглянути в певному зв'язку з діяльністю великих французьких психіатрів кінця XVIII – початку XIX ст. Ф. Пінеля і його учня Ж.-Е. Ескіроля. Ф. Пінель говорив про «меланхолію зі схильністю до самогубства», а Ж.-Е. Ескіроль зазначав безпосередній зв'язок психічного розладу і самогубства. У своїй роботі «Про душевні хвороби» (1838) він вказує: «Самогубство виявляє всі ознаки душевної хвороби, симптомом якої воно і є» [56]. Автор вважав, що робити замах на своє життя людина може тільки в стані душевної хвороби; отже, усі суїциденти – душевнохворі. З одного боку, це мало гуманістичне посилення – якщо самогубці божевільні, вони не потрапляють під каральні кримінальні закони і повинні бути позбавлені від переслідування; з іншого боку, класифікація суїциду як душевної хвороби надовго стала чільною і часто спотворювала реальну суть феномену.

Толерантно ставився до самогубства англійський філософ Д. Юм. В есе «Про самогубство» він зазначив, що питання про самогубство не суперечить помислу Божому. Усі події провадяться силами, дарованими Богом, а тому будь-яка подія однаково важлива в безмежній вічності.

Великий німецький філософ І. Кант, навпаки, вважав, що суїцид – це образа людства, що порушує логічну й естетичну доцільність у природі й людині.



Рис. 8. І. Кант (1724-1804)

І. Кант виправдовував абсолютну моральну заборону на самогубство, бачачи внутрішнє протиріччя цього акту: самогубство егоїстичне й парадоксальне, оскільки суб'єкт прагне поліпшити свою долю шляхом саморуйнування. Функцією почуття любові до самого себе є продовження життя, і вона входить у протиріччя із собою, якщо призводить до самознищення. Отже, мета суїцидента суперечлива: він хоче померти і поліпшити так своє життя. Надалі в суїцидології це буде представлено в одній із ключових категорій – амбівалентності.

Проблема суїциду також хвилювала Л. Фейєрбаха.



Рис. 9. Л. Фейєрбах (1804-1872)

У книзі «Думки про смерть» (1830) він зазначає, що «самогубець іде на смерть не вільно, а внаслідок сумної необхідності». Він ставиться до самогубства негативно. На смерть ідуть добровільно, коли розчавлена воля до життя, переможене природне бажання жити. І тоді свій протест, свою волю, а іноді й любов до життя (!) людина намагається продемонструвати через форму відходу з життя. «Відмінність людини від тварини полягає в тому, – зауважує німецький філософ, – що людина може перетворити смерть на предмет своєї волі, вона усвідомлює, що не тільки має померти, але й випередити події і через самосвідомість захотіти померти передчасно». І все-таки, розмірковуючи над словами Г. Гегеля, що людина у смерті вільна над собою, Л. Фейєрбах говорить, що все не так просто. Воління людини дійсно було б вільним волінням, якби вона могла зупинити смерть, коли вона приходить, а якщо таке неможливо, то ніякої свободи волі над життям і смертю немає.

У ХХ ст. проблеми самогубства гостро обговорювалися в контексті філософського напрямку екзистенціалізму: С. К'єркегор, Л. Шестов, М. Бердяєв, К. Ясперс, А. Камю. Ми коротко зупинимося на позиціях А. Камю і М. Бердяєва, що представляють два боки екзистенціального погляду на проблему.

А. Камю в есе «Міф про Сізіфа» говорить, що відповіді на питання, варто чи не варто жити – означає вирішити фундаментальне питання філософії.



Рис. 10. А. Камю (1913-1960)

«Буття не зводиться до мислення», – стверджував попередник А. Камю, С. К’єркегор. Сам А. Камю, у принципі, згоден із данським філософом, але вважає за краще триматися того середнього шляху, «на якому зберігається ясність інтелекту» [66]. Самогубство – один зі способів боротьби з абсурдом, один із методів пізнання світу. «Самогубство на свій лад є дозвіл абсурду, бо воно робить абсурдною навіть смерть» [66]. Але просто самогубство так само абсурдне, як і життя, яке не має мети (сенсу). А ось смерть-самопожертва є діяння з гармонізаційною основою.

М. Бердяєв в етюді «Про самогубство» (1931) (як реакція на суїциди, що почастішали в російському емігрантському середовищі) виступає непримиренним противником суїциду.

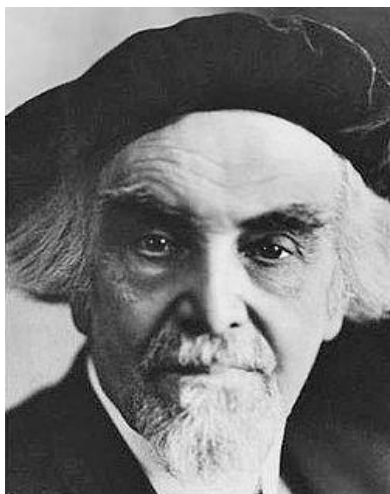


Рис. 11. М. Бердяєв (1874-1948)

Самогубство за своєю природою є запереченням трьох вищих чеснот – віри, надії та любові. Філософ гостро поставив питання, які й донині вирішуються в контексті суїцидології: крайній егоцентризм суїцидента і почуття безнадійності, властиве йому.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. У який історичний період в європейській культурі допускався добровільний відхід із життя?
2. Культура яких азійських країн дозволяє ритуальне самогубство?
3. Яким було ставлення до самогубства в Європі в середньовіччі?

4. Чому християнське богослов'я засуджує самогубство?
5. У чому проблематичність екзистенційного погляду на феномен самогубства?
6. У чому сутність екзистенційної оцінки самогубства героя роману Ф. М. Достоєвського «Біси» інженера Кирилова?
7. Зробіть конспект роботи М. Бердяєва «Про самогубство» і висвітліть основні позиції, за якими філософ ставиться до самогубства негативно.
8. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розмірковувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Р о з г і л 2

ОСНОВНІ КОНЦЕПЦІЇ ТА ПІДХОДИ В СУЧАСНІЙ СУЇЦИДОЛОГІЇ

Термін «суїцид» (самовбивство) вперше було використано в книзі Т. Брауна «Religio Medici», написаній у 1635 р. і виданій у 1642 р., хоча ряд авторів стверджує, що з'явився цей термін уже в XII ст. [56].

Етимологічно це складне слово містить латинський суфікс «-cida», що має значення «вбивця», від дієслова «caedere», що означає «зарізати» або «вбити». Префікс «sui-» з латини має зворотне значення «себе».

Деякі автори пропонували навіть зовсім змінити звичне вживання терміна «суїцид» і використовувати замість нього термін «renacide» (Т. Сальваторе, 2002). «Pena» – із латинського «роена», що означає «мука» або «покарання» (в англійській мові ця семантика збереглася в слові «rain» – «біль»). Це, однак, спрощує складний учинок, перетворюючи його в просту елімінацію болю (хоча про роль психічного болю у формуванні суїцидальної ідеації говорив Е. Шнейдеман), і ігнорує суїцидальні акти в героїчних ситуаціях (наприклад, на війні) або в культурно специфічній поведінці, наприклад ритуальний суїцид в Японії.

Термін «суїцидологія» вперше з'явився в російській науковій літературі ще наприкінці XIX ст., а на заході, за свідченням Е. Шнейдмана, одного з батьків цієї науки, – у 1929 р. Суїцидологія – це наука, що вивчає теоретичний і практичний аспекти аутоагресивної (суїцидальної) активності людини [82]. Реальне її становлення відбулося в середині XX ст. Вивчення та аналіз причин самогубства становить проблему мультидисциплінарну, що включає соціальні, медичні, психологічні аспекти, які відображають багатолітність проблеми самогубства. Відповідно, єдиної теорії, що пояснює природу самогубства, дає, так би мовити, відповіді на всі питання, не існує. Один із батьків суїцидології – Е. Шнейдеман – об'єднував усі наукові погляди на природу суїциду в дві великі групи: соціологічну, висхідну (за Е. Дюркгеймом), і психологічну, нисхідну (за (З. Фрейдом)). Ми дотримуємося більш диференційованого підходу, виділяючи концепції: соціологічну, психологічну, психопатологічну (медичну, клініко-психологічну) та інтегративну.

2.1. Соціологічна концепція

Творцем соціологічного підходу є французький соціолог Е. Дюркгейм.



Рис. 12 Е. Дюркгейм (1858-1917)

Зазначимо, що до звернення Е. Дюркгейма до цієї проблеми вже існувала робота лікаря Е. Мореселлі «Самогубство» (1879), у якій він розглядав суспільство й особливо його мораль як найбільш важливу причину самогубства. Тим не менш, французький учений вважається засновником соціологічної концепції суїциду. Крім того, його робота «Самогубство: соціологічний етюд» (1897) вважається першою класичною роботою із суїцидології. Е. Дюркгейм вивчав насамперед вплив соціальної структури суспільства та її змін на суїцидальну поведінку індивідів. Е. Дюркгейм заперечує «наявний зв'язок» між самогубством як індивідуальним актом і самогубством як колективним явищем. Водночас він чітко проводить межу між ними. Власне, визнаючи, що самогубство є індивідуальним актом, джерелами його він вважав соціальне середовище. Керуючись двома критеріями – соціальною інтеграцією та соціальною регуляцією – він виділяє чотири типи можливої суїцидальної поведінки. Перші два типи пов'язані з порушенням соціальної інтеграції, що розуміється як ступінь залученості людини в суспільство. Це егоїстичне (соціальна інтеграція значно знижена) й альтруїстичне (соціальна інтеграція занадто висока) самогубство. Друга діада пов'язана з порушенням соціальної регуляції, під якою розуміється ступінь впливу суспільства на індивіда, насамперед за допомогою обмежень. Це аномічне (соціальна регуляція

знижена) і фаталістичне (соціальна регуляція підвищена) самогубство. Отже:

а) **«аномічний»** суїцид – найбільш часто трапляється у психічно здорових людей – являє собою реакцію особистості на нездоланні життєві труднощі, фруструючі події. На думку дослідника, аномія в сучасному суспільстві – це «регулярний і специфічний фактор самогубства; це одне з тих віянь, якими визначається щорічна сума самогубств... тут відіграє роль гнів і все те, що звичайно супроводжує розчарування» [54, с. 134]. Такий вид поведінки можна розглядати як спосіб психологічного реагування, обраний людиною залежно від цінності та значущості події, що відбулася. Реагування може бути як адекватним, так і неадекватним. Воно адекватне, якщо подія може бути ускладнена або неможлива для особистості в силу її моральних та фізичних проявів, і може бути неадекватне, якщо суїцидальна реакція не відповідає стимулу. Для формування аномічного суїциду важливі передусім істотні зміни в безпосередньому оточенні суїцидента (сім'я, робота, статус, коло спілкування). Яскравий приклад аномічних тенденцій можна було спостерігати в 90-і рр. у багатьох державах пострадянського простору, які переживали соціально-економічну кризу, що супроводжувалася зростанням суїцидальної активності населення;

б) **«еґоїстичний»** суїцид – Е. Дюркгейм підкреслював відому схожість між еґоїстичним й аномічним самогубствами. Еґоїзм і аномія – «тільки дві різні сторони одного й того ж соціального стану» [54, с. 144]. Водночас він відзначає і відмінність між ними: за умови еґоїстичного суїциду людина не потребує суспільства і заперечує будь-який зв'язок із його структурами; за умови аномічного – суїцидальна поведінка визначається втратою почуття приналежності до суспільства, це реакція на будь-якого роду громадські кризи. Зазвичай, еґоїстичний суїцид виникає у відповідь на завищені вимоги з боку оточуючих, які висуваються до поведінки індивіда. Його рішення розлучитися з життям відбувається з причини неможливості існування в умовах тиску і контролю з боку як близьких, так і родичів, і суспільства в цілому. Ця поведінка, зазвичай, є глобальним ставленням до світу в цілому, а не до яких-небудь конкретних ситуацій. Досить часто вона трапляється в осіб з патологією характеру, з акцентуаціями і розладами особистості, що відчувають самотність і відчуженість, нерозуміння і незатребуваність;

в) **«альтруїстичний»** суїцид є повною протилежністю еґоїстичного суїциду та пов'язаний із підвищеною інтеграцією індивіда в суспільстві. Він також впливає зі структури особистості, що ставить на перше

місце благо людей, суспільства й держави. Цей тип зустрічається в людей, орієнтованих на високі ідеї, що живуть суспільними інтересами і не розглядають своє власне життя у відриві від оточуючих і суспільства. Альтруїстичні самогубства в різних умовах і навіть у різних людей мають свої неповторні мотиви й особливості. Вони здійснюються як психічно здоровими, так і хворими особами, які перебувають, наприклад, у стані релігійної несамовитості, або тим, хто йде з життя за мотивами т. зв. «загального блага»;

d) «фаталістичний» суїцид, у свою чергу, протилежний аномічному та виникає в результаті жорсткої регуляції суспільством поведінки індивідів. Згідно з Е. Дюркгеймом, «фаталістичний суїцид є результатом надлишку регламентації; його здійснюють люди, майбутнє яких безжально замуроване, пристрасті яких жорстко обмежені дисципліною» [104, с. 164]. До цього типу відносять «усі випадки самогубства, викликані непомірним матеріальним або моральним деспотизмом», коли людина відчуває безсилля перед неминучістю і непохитністю встановлених суспільством правил. Як приклад, автор наводить самогубства рабів, молодих чоловіків, обтяжених сім'єю, бездітних заміжніх жінок. Слід зазначити, що Е. Дюркгейм вважає цей тип самогубства рідкісним явищем у сучасному йому світі [54]. У наш час до них можна віднести суїциди в армії в результаті нестатутних відносин («дівіщина»).

Послідовник Е. Дюркгейма, французький соціолог М. Хальбвакс вважав, що суїцидологія повинна займатися тільки завершеними суїцидами.

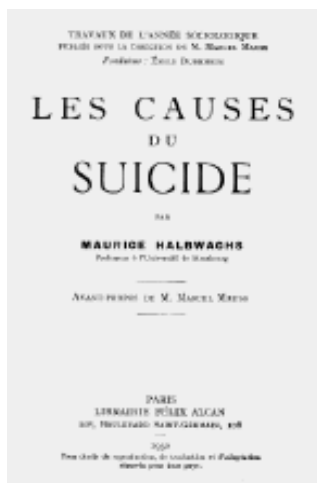


Рис. 13. Обкладинка книжки М. Халбвакса «Причини суїциду» (1930)

Він заперечував існування альтруїстичного самогубства, вважаючи його формою самопожертви, яка має зовсім іншу соціальну логіку, і пропонував свою класифікацію, де розрізняв самогубство спокутне (самозвинувачення), протестне і дезілюзоване, що здійснюються в результаті розчарування і незадоволеності своїм життям [41].



Рис. 14. М. Хальвакс (1877-1945)

У цій же традиції дивиться на проблему самогубства російський соціолог П. Сорокін.



Рис. 15. П. Сорокін (1889-1968)

У роботі «Самогубство як суспільна проблема» він резюмує: «Значить, головна спільна причина зростання самогубств – це зростання самотності особистості, її відірваність від суспільства, у свою чергу, являє собою результат нашого безладно організованого суспільства. На цьому загальному ґрунті і розвивається самогубство. Йому ми зобов'язані тим, що досить найменшої невдачі, щоб людина звела рахунки з життям» [122, с. 113].

У первісних, архаїчних суспільствах, де ще немає поділу на класи, касти, стани, професійні групи, де релігійні, моральні, правові переживання та принципи подібні, особистість не диференційована зі спільноти, «поняття індивідуальності в строгому сенсі слова ще немає» [122, с. 111]. Інтереси особистості невіддільні від інтересів групи.

У сучасному суспільстві ситуація інша, тут особистість самотня.

Суспільство розділене на групи, що викликало поділ інтересів, а інтереси особистості й суспільства не збігаються. «Життя тече з жахливою швидкістю, людей так багато, що цікавитися долею кожного немає можливості... Є номери, маски, пики, але людей немає. Завдяки цьому життя людини знецінюється в очах інших... Їх так багато, і життя тече так швидко, що «всіх не переглянеш». Завдяки цьому і своє життя знецінюється в очах кожного» [122, с. 111]. Усе це створює нестабільність, хиткість, неміцність – той ґрунт, на якому й виростають паростки самогубства.

Однак можна в такому випадку зазначити, що у згаданих П. Сорокіним надінтегральних суспільствах людське життя теж не становить вищої цінності, у будь-якому випадку порівняно з групою, тим паче, що «поняття індивідуальності в строгому сенсі слова немає», а віддачу свого життя можна розцінювати як альтруїстичне самогубство.

Соціолог звертає увагу на той факт, що епохи революцій і громадських підйомів дають найменше самогубств. П. Сорокін наводить цифри часів усіх революцій у Франції, що показують зниження відсотка суїциду. Відзначимо, зі свого боку, що переважання високих (або далеких) цілей над близькими (або адаптивними) дійсно протективне в антисуїцидальному сенсі. Водночас необхідно звернути увагу на екстремальність ситуації: революції, як і війни, згуртовуючи людей, «компенсують» це непомірними жертвами, що можна розцінити як каталізацію енергії Танатоса іншим шляхом.

Такий підхід викликав чимало критичних зауважень. Дійсно, якщо зв'язок між інтеграцією індивіда та соціуму такий міцний, тоді чому одні здійснюють-таки суїцидальні дії, а інші – ні? Російський суїцидолог початку ХХ ст. Г. Гордон, відзначаючи недоліки соціологічного методу, писав: «... при цьому приділяється занадто мало уваги вивченню

індивідуальних рис і властивостей душі і з'ясуванню тієї ролі, яку відіграє її психофізична організація у складному акті самогубства» [56, с. 95].

2.2. Психологічна концепція

Якщо соціолога цікавлять, за словами Е. Дюркгейма, умови, «що впливають на ціле суспільство», то психолога – індивідуальні умови вчинення суїцидального акту.

Першою психологічною концепцією, яка намагається пояснити причини і механізми суїцидальної поведінки, була психодинамічна теорія З. Фрейда.

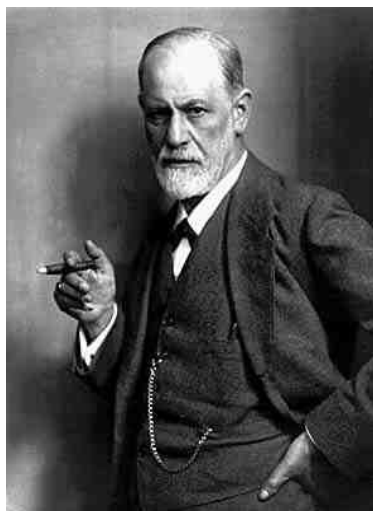


Рис. 16. З. Фрейд (1856-1939)

Найбільш повно його погляди (раннього періоду) на феномен суїциду викладено у статті «Сум і меланхолія» [132], хоча слід зазначити, що першим міркування, розгорнуті у статті, висловив німецький психіатр В. Штекель. На засіданні Віденського психоаналітичного суспільства він заявив, що «себе вбиває той, хто хотів убити іншого або, принаймні, бажав смерті іншого» [56, с. 96].

У роботі «Сум і меланхолія» З. Фрейд розглянув природу меланхолії (депресії) із психоаналітичної позиції. Він вказав, що під час переживання втрати коханого об'єкта (смуток) вмикаються механізми т. зв. «роботи горя», що дозволяють суб'єкту з часом впоратися зі втратою. Водночас деякі особливо вразливі індивіди так і не можуть змиритися з даністю, сприймають втрату як нестерпну й реагують почуттям гніву,

спрямованого на втрачений об'єкт: він пішов, залишивши їх страждати. Ці люди відчувають амбівалентні почуття.

3. Фрейд вважав, що потенційні суїциденти інтерналізують образ втраченої людини, у результаті чого вона стає частиною їхнього власного Его. Потім цей образ трансформується в самоосуд, який звертається на них самих, так як на померлого вже спрямувати не може. Коли ці почуття досягають критичного рівня, вони можуть призвести до самогубства. Самогубство, поєднуючи в собі одночасно суб'єкт і об'єкт дії, об'єднує ролі вбивці і жертви, які перебувають у супідрядних відносинах. Крім того, суїцидальна поведінка людини, на зразок невротичних проявів, є результатом зіткнення суперечливих прагнень, що виходять як із боку Воно (потяг до смерті), так і з боку Над-Я (соціальні заборони й норми).

Надалі З. Фрейд розглядав аутодеструктивні дії як прояви динамічної боротьби інстинктів Ероса і Танатоса в людській психіці. Уперше в психодинамічній традиції на зв'язок цих амбівалентних потягів звернув увагу той же В. Штекель, що виводив деструктивні тенденції із сексуальності: «... вище задоволення життям часто виражається в бажанні смерті. Схожі психологічні погляди мають, утім, значення і для самогубства; також вибір смерті перебуває під впливом еротичних фантазій. Ці думки неодноразово повторювалися поетами, також філософи висвітлювали ці зв'язки між Еросом і Танатос» [102, с. 239-256]. У роботі «Мова сновидінь» (1912) В. Штекель розвинув ідеї про бажання жити, які лежать в основі сексуального потягу і протистоять бажанню померти, а також підкреслив зв'язок Ероса і Танатоса [199].

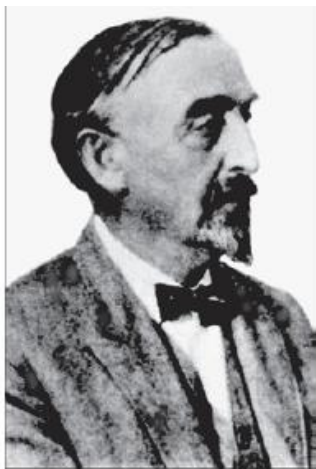


Рис. 17. В. Штекель (1868-1940)

Як оформлений концептуальний погляд, потяг до смерті вперше отримав утілення в роботі молодого російського психоаналітика С. Шпільрейн «Деструкція як причина становлення» (1912).



Рис. 18. С. Шпільрейн (1885-1942)

3. Фрейд виклав свої погляди з урахуванням боротьби двох інстинктивних начал у роботі «По той бік принципу задоволення» (1920). «Ми прийшли... до розрізнення двох родів потягів, таких, які ведуть життя до смерті, та інших, а саме: сексуальних потягів, які постійно прагнуть до оновлення життя...» [133, с. 410]. Дві основні сили, що перебувають у діалектичній єдності та боротьбі протилежностей, позначені ним як Ерос – сила, спрямована на виживання, і Танатос – інстинкт смерті, що спонукає нас до припинення життя, правильніше – прагне повернути його туди, звідки воно виникло. Як зауважив психоаналітик Г. Блюм, процес життя передбачає напругу, а потяг смерті має на меті звільнення від напруги [20].

На думку З. Фрейда, кожна людина зумовлено налаштована до самогубства. Якщо більшість людей спрямовують інстинкт смерті зовні, то ті, хто схильний до самогубства, спрямовують його на себе. Думки і переживання, що містять загрозу смерті, приховуються в підсвідомості, живлячись енергією лібідо. Якщо вони використовуються подібним чином, то рівновага системи порушується в напрямі нестачі доступної енергії для росту й розвитку. Сили Ероса можуть бути витіснені силами Танатоса. Можна сказати, що інстинкту смерті вдається підкорити собі та придушити інстинкт життя, що й призводить до суїциду. Суїцид може розглядатися як вихід із подібного внутрішнього конфлікту. Водночас З. Фрейд розглядав можливості суїцидальної превенції, відзначаючи, що суїцид – убивство навпаки. Він може бути відвернений, як і «пряме» вбивство, але воно не має виправдання, тоді як суїцид

повинен бути виправданий. Із часом Ерос старіє, вичерпується, тоді як Танатос залишається інтенсивним до кінця життя.

Учення про Танатос як інстинкт – найбільш спірне у спадщині З. Фрейда, про що говорив і його біограф Е. Джонс: «... це єдина з робіт З. Фрейда, що не отримала значного визнання з боку його послідовників» [50, с. 33].

Водночас низка психоаналітиків продовжила розвиток деяких психодинамічних аспектів суїцидальної поведінки. Так, Г. Зілбург [210] розвинув думку З. Фрейда про те, що почуття помсти і страху, а також переживання сильного страху і фантазії про втечу з травматичної ситуації є психологічними факторами, що провокують самогубство. Він також вказував, що більшість суїцидів являє собою імпульсивні акти. До того ж він піддає сумніву положення, що вбивство інтерналізованого об'єкта є єдиним типом суїцидальної психодинаміки. Він порушує питання, чи не може спроба суїциду бути також «парадоксальним самоствердженням» ослабленого Я [210].

Американський психоаналітик К. Менінгер, який очолював протягом багатьох років Американську асоціацію психоаналізу, один із небагатьох, хто поділяє фрейдистську дихотомічну теорію, представляє інстинкти життя і смерті як конструктивні й деструктивні тенденції особистості. Свою концепцію поведінки суїцидальної особистості К. Менінгер викладає в класичній монографії «Війна з самим собою» [95]. Вищезазначені тенденції перебувають у діалектичному відношенні єдності й боротьби протилежностей і маніфестуються у вигляді любові (конструктивно) і ненависті (деструктивно). Як зазначає автор, комплекс конструктивних і деструктивних сил закладений у людині від народження.



Рис. 19. К. Менінгер (1899-1966)

К. Менінгер розвинув ідею З. Фрейда про змішування «Я»-суб'єкта та «Я»-об'єкта, висловлену останнім у роботі «Сум і меланхолія». Механізм самогубства виявляється в тому, що «замість того, щоб атакувати зовнішнього ворога, такі люди вступають у битву (знищують) самі з собою (самі себе)... нікому не вдавалося цілком позбавитися від самогубних тенденцій» [95, с. 12]. Автор трактує проблему суїциду досить широко. До суїцидальної поведінки К. Менінгер відносив усі дії людини, що можуть завдати їй шкоди або спричинити смерть (за типом «випадковості не бувають випадковими»). Він виділяє три форми самогубства:

1) хронічне самогубство: аскетизм і мучеництво, неврастенія, алкоголізм, антисоціальна поведінка, психоз; «система виховання та освіти певним чином прищеплюють людині аскетичні навички, які виявляються в безкорисливому й самовідданому служінні суспільству і турботі про власних дітей... На відміну від рядового члена суспільства, «хронічний самогубець» керується внутрішньою потребою жертвувати собою. Те, що на перший погляд сприймається як законне прагнення увічнити своє ім'я, на практиці виявляється замаскованим проявом деструктивних сил» [95, с. 153]. Невротики користуються тим же механізмом, але щоб викликати не захоплення, а жалість. І захоплення, і жалість тут виступають як збочення любові;

2) локальне самогубство: членушкодження, симуляція, навмисні нещасні випадки, а також імпотенція, фригідність, за яких відбувається відмова від нормального генітального задоволення; при цьому природна біологічна роль приноситься в жертву збоченим еротичним нахилам, підсвідомим страхам і ненависті, прагненню до самопокарання та позбавлення себе і партнера отримання спільного задоволення;

3) органічне самогубство: хвороби, які є «носіями саморуйнівного елемента, який виявляється в різноманітних формах самознищення, наприклад самогубство, тобто в самій очевидній і незворотній формі, органічних й істеричних захворюваннях, а також у таких «нормальних» звичках, як паління і т. д.» [95].

Наркотичну та алкогольну залежність К. Менінгер вважає однією з форм самознищення, яка характеризується спотвореною спрямованістю внутрішньої агресії, статевою незадоволеністю і підсвідомим прагненням до покарання, породженим почуттям провини за власну агресивність. Сам наркотик виступає в ролі улюбленого вбивці.

К. Менінгер виділив також три основні частини суїцидальної поведінки:

1) бажання вбити – суїциденти реагують люттям на перешкоди, що стоять на шляху реалізації їхніх бажань;

2) бажання бути вбитим; якщо вбивство – це крайня форма агресії, то суїцид – крайня форма підкорення: людина не може витримати докорів сумління і страждань через порушення моральних норм і тому вбачає спокутування провини в припиненні життя;

3) бажання померти – поширене серед людей, схильних піддавати своє життя ризику, серед важко- і невиліковно хворих, які бачать у смерті вихід. Суїцид реальний, якщо три ці бажання комплексно наявні в індивіда [95, с. 31-32].

А. Адлер вважав, що життя особистостей, схильних до суїцидальних дій, має егоцентричний вектор. Пропонуючи тези своєї «індивідуальної психології», він проголошував: «Бути людиною – означає відчувати свою неповноцінність» [2, с. 62]. Для того, щоб зрозуміти пацієнта, потрібно звернутися до його усвідомлених переживань. Життя полягає в прагненні до мети, яка може і не усвідомлюватися, але спрямовує всі вчинки людини і формує життєвий стиль. Вирішуючи свої життєві проблеми, людина долає власну неповноцінність, компенсуючи або понадкомпенсуючи її.



Рис. 20. А. Адлер (1870-1937)

Якщо пошук мети відбувається зі значними перешкодами, то це призводить до кризової ситуації, з якої починається «втеча» до суїциду. При цьому самогубство є актом збереження своєї індивідуальності в прагненні подолати життєві проблеми і підкорити інших значущих. Між ними і суб'єктом устанавлюється «дистанція», що формує зачароване коло, і людина опиняється в стані застою, що заважає наблизитися до реальності. Як підсумок – регресія – дія, яка полягає в суїцидальній

спробі. Її сенс – у бажанні знищити інших значущих, оскільки вони, на думку суїцидента, відповідальні за його занижену самооцінку, одночасно викликаючи в них співчуття і засудження їх оточуючими.

Слід зазначити, що А. Адлер одним із небагатьох дослідників звертав увагу на цільову спрямованість суїцидента. Його ідеї пізніше знайшли відображення в принципах превенції суїциду. Зокрема, він підкреслював: оскільки людині властиве внутрішнє прагнення до мети, найчастіше несвідоме, то, знаючи послідовність вчинків, суїциду можна запобігти [134].

К. Г. Юнг підходив до проблеми самогубства з точки зору своєї теорії колективного несвідомого. Він вказував, що самогубство може бути продиктоване несвідомим прагненням людини до духовного переродження, а не тільки відходом від нестерпних умов життя, вирішенням «напруженості».



Рис. 21. К. Г. Юнг (1875-1961)

До ідеї З. Фрейда про дихотомію Ероса і Танатоса К. Г. Юнг ставився швидше скептично. Він вважав подібне протиставлення ментальною конструкцією, що відбиває точку зору свідомості, а не підсвідомості. У роботі «Психологія несвідомого» він зазначав: «Адже досить ясно, що життя, як і будь-який процес, має початок і кінець, і що будь-який початок є також початком кінця. Те, що має на увазі З. Фрейд, є, мабуть, по суті, той факт, що будь-який процес є

енергетичним феноменом і що взагалі енергія може породжуватися лише напруженою єдністю протилежностей» [146, с. 59].

Логічно любові протистойть ненависть, а Еросу – Фобос (страх), до того ж психологічно любові протилежна сила, воля до влади; там, де панує любов, немає влади, і навпаки [146, с. 90]. Люди, на думку К. Г. Юнга, квапляться зі своїм метафоричним поверненням у лоно матері. Тільки після цього вони перетворюються в знову народжених дітей і знайдуть жадане відчуття безпеки. Тобто подібним чином буде актуалізована трансформація як архетип колективного несвідомого. Як вважав К. Г. Юнг, вона може набувати різних форм:

1) *метемпсихозу* (переселення душ), коли життя людини продовжується низкою різних тілесних утілень;

2) *реінкарнації* (перевтілення), тобто збереження безперервності особистості й нове народження в людському тілі; причому той, хто реінкарнується, потенційно може згадати свою подорож через попередні існування й усвідомити їх;

3) *воскресіння* – відновлення людського життя після смерті або сутнісно, іншою істотою, або несутнісно – в іншому тілі і навіть місці; у вигляді фізичного тіла чи в стані нетлінності («тонка субстанція»);

4) *переродження* може бути переродженням у тимчасових межах одного життя індивіда або ж частини особистості, або тотальне переродження (трансмутація) з перетворенням смертної істоти в безсмертну;

5) *непрямого переродження* – суб'єкт проходить через смерть і народження не прямо, а опосередковано, шляхом участі в ритуалах і церемоніях, де наявне переродження сутностей (наприклад, Меса або містерії) [147, с. 139-141].

Юнгіанська модель суїциду, може бути пов'язана з циклом смерті/відродження; до того ж саму процедуру аналітичного лікування розглядають як серію символічних суїцидів. Успіх його залежить від ретельного опрацювання загроз Его, що походять із прийняття нового свідомого ставлення в діалектичній грі свідомості і несвідомого. Канадський юнгіанський аналітик Дж. Д. Беттс вважає, що до етіології суїциду може мати відношення такий компонент юнгіанської концепції, як «суїцидальний комплекс», що має у своїй основі архетип смерті. «Цей комплекс (і його архетипічна енергетична установка) може фасилітувати зміщення функції Его через дисоціацію, що призводить до успішного суїциду. Цей же процес може бути розглянуто в термінах провалу адаптації» [155].

Ідеї К. Г. Юнга дали поштовх розвитку холістичної психології, одним із найоригінальніших напрямів якої є трансперсональна психологія С. Грофа. Іншою ідейною підставою концепції С. Грофа є теорія «травми

народження» О. Ранка. С. Гроф висунув гіпотезу про вплив внутрішньоутробного існування та пологів на життєвий шлях людини.



Рис. 22. С. Гроф (нар. 1931)

Він описав «переживання» плоду на певних стадіях біологічного дозрівання і пологів, які забезпечують доступ до сфер колективного несвідомого. Ним було виділено чотири перехідні моменти внутрішньоутробного існування. Вони закарбовуються в людській пам'яті і під час регресії можуть «оживати», активуватися. С. Гроф назвав їх «базовими перинатальними матрицями» (БПМ). Він описав чотири такі матриці:

1) перша базова перинатальна матриця (БПМ-I, амбіотичний всесвіт) – це вихідний симбіотичний союз в утробі з матір'ю без чітких меж себе, часу, простору і переживання особливого «океанічного» почуття. Це той досить тривалий період, коли дитина безтурботно існує в материнському організмі;

2) друга перинатальна матриця (БПМ-II, початок народження, початок скорочення матки). Ця матриця пов'язана з відчуттям, що насувається смертельна небезпека і тривога;

3) третя перинатальна матриця (БПМ-III, проходження родовими шляхами) – це біль, тиск, задуха і переживання «вулканічного екстазу»;

4) четверта перинатальна матриця (БПМ-IV) – пологи і переживання повного знищення та відродження.

Дослідник пов'язує самогубство з БПМ, виділяючи два типи: насильницьке і ненасильницьке.

Насильницьке самогубство пов'язане з БПМ-III. Для людини під впливом третьої матриці повернення в океанічний стан неможливий, тому шлях туди лежить через безвихідну ситуацію другої матриці, яка психологічно гірша, ніж третя. Перинатальний досвід підказує можливість звільнення через посилення хворобливих відчуттів і вибухове звільнення

(пологи); серед суїцидальних фантазій і дій цієї категорії автор зазначає смерть під колесами поїзда, різані рани, стрибки з висоти.

Ненасильницькі суїциди схожі на алкогольну та наркотичну залежність і відображають несвідоме прагнення найлегшим шляхом повернутися зі стану БПМ-II у стан БПМ-I та досягти стану «океанічної свідомості». Суїцидальні ідеї цього типу виявляються в бажанні не існувати, забути про все, зануритися в сон і не прокидатися. Суїцидальні спроби більшою мірою здійснюються шляхом самоотруєння, вдихання отруйних речовин [47, с. 27-54].

Представники «неофрейдизму» також не дотримувалися фрейдистських уявлень про два протиборчі інстинкти в розумінні психодинаміки особистості, у тому числі й суїцидальної.

Так, К. Хорні дотримувалася соціокультуральних поглядів, що втілилися в соціокультуральній теорії. Їх вона виклала в класичній книзі «Невротична особистість нашого часу».



Рис. 23. К. Хорні (1885-1952)

К. Хорні вважала, що суїцидальна поведінка є співвідношенням соціокультуральних факторів та особистісних характеристик людини. Вони формуються з дитинства вимогами суспільних норм. Сучасна культура може спотворювати розвиток особистості дитини, вона представляє навколишнє середовище як вороже й небезпечне, що породжує «базисну тривогу». Суїцид може виникнути як наслідок дитячої залежності, глибоко вкоріненого почуття неповноцінності або в результаті невідповідності уявлень людини про саму себе, а також і «ідеалізованим чином», створеним суспільством, або в невідповідності соціокуль-

туральним стандартам, створеним суспільством (т. зв. «суїцид виконання»). Крім того, соціокультуральні фактори породжують високу тривожність, що провокує суїцидальні настрої або саморуйнівні прояви [137].

Е. Фромм вважав, що насильство, спрямоване на інший об'єкт, часто виступає єдиним способом захисту від власної агресії, яка в іншому випадку всю свою силу спрямувала б усередину і призвела до самознищення. Це механізм гойдалок, за якого агресія спрямовується то назовні, то всередину. До фрейдистської концепції інстинктивної природи боротьби Ероса і Танатоса Е. Фромм ставився різко негативно, вважаючи, що сам З. Фрейд пропонував цю теорію з деякими сумнівами і лише в ролі гіпотези.



Рис. 24. Е. Фромм (1900-1980)

У своїй роботі «Душа людини» Е. Фромм назвав цю теорію «бездоказовим умовиводом» і зазначав, що жоден з її аргументів не в змозі зняти заперечень, заснованих на безлічі суперечливих даних: «Очевидно, що більшість живих істот борються за своє життя до останнього подиху і лише у виняткових випадках руйнують себе самі. Крім того, деструктивність в окремих особистостей сильно варіюється, і не тільки щодо проявів інстинкту смерті, спрямованих назовні або всередину. Ми зустрічаємо людей, які відзначені особливо сильною деструктивністю, у той час як у більшості людей деструктивність не виявляється так» [134, с. 38]. І далі: «Сам я пропоную такий напрям розвитку теорії З. Фрейда: протиріччя між Еросом і деструктивністю,

між зв'язком із живим або зв'язком із мертвим насправді є основоположним протиріччям у людині. При цьому мова йде не про дуалізм двох біологічно властивих йому інстинктів, відносно стійких і таких, що перебувають у постійній боротьбі один з одним, поки нарешті не переможе інстинкт смерті, а про дуалізм первинної та основоположної тенденції всього живого – утримуватися в житті і її протилежності, яка з'являється, коли людина втрачає цю мету» [134, с. 38].

Інтерперсональні аспекти суїциду розглянув Г. С. Салліван, один з основоположників теорії міжособистісного спілкування.



Рис. 25. Г. С. Салліван (1892-1949)

Стосунки людини з іншими людьми є найважливішим моментом у житті. Для кожного характерні три уособлення «Я». У безпеці людина є «хорошим Я», у стані тривоги вона стає «поганим Я», у психотичному стані вона перетворюється на «не-Я». Якщо виникає загроза її безпеці через недозволений конфлікт, кризу, зумовлені взаєминами з оточуючими, то тривога, актуальний стан можуть стати для неї нестерпними. У подібних ситуаціях в особистості може виникнути бажання перевести своє «погане Я» в «не-Я» шляхом самогубства [202].

Е. Шнейдман визначив суїцид як «усвідомлений акт самознищення, який розуміється, як багатогранний розлад особистості, що має проблему, для вирішення якої суїцид вважається кращим варіантом», пов'язуючи його з певними проблемами психічного здоров'я. До того ж йому належить психологічна концепція суїциду, що подає суїцидальну спробу як «крик про допомогу» («заклик про допомогу»).



Рис. 26. Е. Шнейдман (1918-2009)

Це певною мірою розвиває припущення З. Фрейда, висунуті ним у вже згаданій роботі «Сум і меланхолія», що будь-яке самогубство являє собою послання від самогубці до тих (або до того), хто залишився жити.

Таке тлумачення суїцидальної спроби зміщує відповідальність за суїцидальний акт із плечей суб'єкта на оточення, не почувши попередніх спроб і непрямих закликів. Крім того, відзначимо, що цей аспект теорії Е. Шнейдмана вирішується в аналітичному ключі. Зокрема, Е. Штенгель вивчив амбівалентність психічних процесів у суїцидентів і звернув увагу на те, що суїцидальна дія несе не тільки деструктивні, але й конструктивні мотиви [200].

В. Фойєрляйн, розвиваючи ці положення, представив суїцидальну дію у вигляді тріади, що включає тенденції призову, аутоагресії та бажання паузи [167]. Остання виражається в бажанні спати, що частково близько до прагнення спокою (небуття), проте є лише однією з тенденцій, але не метою.

«Заклик» розуміється Е. Штенгелем, з одного боку, як заклики про допомогу і пошук контакту, з іншого – як вираз помсти, вимагання, тобто як прояв агресії. Е. Штенгель уперше акцентував відмінність між «суїцидом» і «спробою суїциду», які до того часу розглядалися як однорідна категорія – «самогубство». Він розглядав їх як різні форми поведінки, але з обов'язковою наявністю суїцидального наміру [200]. Суїцидальну спробу Е. Штенгель визначав як будь-який несмертельний акт самоушкодження, учинений із намірами саморуйнування, проте смутними і невизначеними [201]. Іноді цей намір має виводитися з

поведінки індивіда. Е. Штенгель, отже, одним із перших розглядав парасуїцид як самостійну категорію.

Заслуга ж Е. Шнейдмана в тому, що він уперше описав заклики (сигнали), названі ним «ключами до суїциду», які стали важливими складовими в превенції суїциду. Він досліджував, описав і розкрив механізми міфів про суїцидальну поведінку, які існують у суспільстві, стигматизують суїцидентів і є перешкодою для ефективної превенції та інтервенції.

Е. Шнейдеманом виділено десять спільних рис, властивих будь-якому суїцидальному акту, знання, які важливі для розуміння особистості суїцидента та ефективної роботи на кожному з етапів допомоги: інтервенції, превенції та поственції:

1. Загальною метою для суїциду є пошук рішення.
2. Загальним завданням суїциду є припинення свідомості.
3. Загальним стимулом суїциду є нестерпний психічний біль.
4. Загальним стресором є фрустровані психологічні потреби.
5. Загальною суїцидальною емоцією є безпорадність-безнадія.
6. Загальним внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність.
7. Загальним станом психіки під час суїциду є звуження когнітивної сфери.
8. Загальною дією під час суїциду є втеча.
9. Загальною комунікативною дією під час суїциду є повідомлення про свій намір.
10. Загальною закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки протягом життя [143, с. 264].

Дослідник описав психологічні характеристики особистості суїцидента:

- відчуття нестерпного душевного болю;
- почуття ізольованості від суспільства;
- відчуття безнадійності і безпорадності;
- думка, що тільки смерть є єдиним способом вирішити всі проблеми [143, с. 265-271].

На підставі цього він створив типологію людей, які відіграють роль, часто і свідому, у наближенні власної смерті:

- 1) шукачі смерті, які навмисно розлучаються з життям, зводячи можливість порятунку до мінімуму;
- 2) ініціатори смерті, що навмисно наближають її;
- 3) гравці зі смертю, схильні відчувати ситуації, де життя є ставкою, а можливість виживання відрізняється дуже низькою ймовірністю;
- 4) ті, хто схвалює смерть; вони активно не прагнуть до своєї смерті, але й не приховують власних намірів.

Е. Шнейдман розробив метод психологічної аутопсії (спільно з М. Фарбероу) – відновлення психодинаміки суїцидального акту, що включає аналіз посмертних записок (до цінності змісту яких поставився досить стримано). На основі аутопсії було виділено три типи самогубства:

1) еготичні – причиною їх є інтрапсихічний діалог, конфлікт між частинами Я, зовнішні ж обставини відіграють додаткову роль; наприклад, самогубство психічно хворих;

2) діадичні самогубства в результаті нереалізованих потреб і бажань, що стосуються близької людини; отже, зовнішні чинники домінують, роблячи цей вчинок актом ставлення до іншого;

3) агенеративні самогубства, причиною яких є бажання зникнути через втрату почуття приналежності до покоління або людства в цілому, наприклад самогубства в літньому віці [146, с. 68].

Н. Фарбероу належить заслуга розробки проблеми самотності у формуванні суїцидальної поведінки. Він розглядав цей фактор як найважливіший в предикції суїциду.



Рис. 27. Н. Фарбероу (нар. 1918)

Дослідник виділив ознаки самотності як психологічного феномену:

- недостатня соціалізація людини (чим глибша розбіжність між цінностями людини та груповими цінностями, тим більша небезпека їх відкидання);
- потрапляння в середовище зі зниженою комунікативністю або в складні особисті та соціальні ситуації (еміграція, статус біженця і т. д.);
- втрата близьких, роботи, соціального статусу;

– своєрідність талановитої особистості, із химерним внутрішнім світом, із нонконформістськими установками, цінностями, не прийметься суспільством;

– «самотність удвох».

Вивчаючи клінічні історії хвороб суїцидентів у психіатричному стаціонарі, Н. Фарбероу наводить таку типологію суїцидентів та суїциду:

- 1) набуття кращого життя;
- 2) психоз;
- 3) акт помсти коханій людині;
- 4) суїцид-позбавлення: хворі, немічні, старі [165].

Плідною, на нашу думку, виявилася ідея Н. Фарбероу про «непряме саморуйнування», яке актуалізувало питання про саморуйнівну поведінку як один із видів непрямого суїциду. Сюди він відніс різного виду залежності (алкогольну, наркотичну, ігрову, куріння, трудоголізм), недотримання лікарських рекомендацій. Головна відмінність непрямого саморуйнування від прямого в тому, що наслідки першого не усвідомлюються і воно більш протяжне в часі [165].

К. Роджерс (1902-1987) вважав, що основа життя полягає в актуалізації збереження й посилення «Я», який формується в соціальній сфері. Якщо структура «Я» стає ригідною й особистий досвід відчужується від особистості, то людина втрачає контакт із реальністю, вона перестає довіряти собі і приходиться до повної самотності [114].



Рис. 28. К. Роджерс (1902-1987)

Розгляд проблеми самогубства посідав важливе місце в екзистенціальній традиції. В. Франкл (1905-1998) розглядав суїцид у низці таких понять, як сенс життя, свобода людини, психологія смерті та вмирання.



Рис. 29. В. Франкл (1905-1998)

Він вважав, що самовбивця не боїться смерті, а боїться життя. Самогубство позбавляє людину можливості, переживши страждання, набути нового досвіду й розвиватися далі. Людина стикається в житті з екзистенціальною обмеженістю на трьох рівнях: 1) зазнає поразки; 2) страждає; 3) повинна померти, тому завдання людини полягає в тому, щоб, усвідомивши його, витримати невдачі і страждання.

Щодо сенсу життя, В. Франкл говорить про те, що важливий скоріше не сенс життя взагалі, а специфічний сенс життя особистості в конкретний момент [131, с. 195]. В. Франкл досить критично аналізує роботу З. Фрейда «По той бік принципу задоволення», доходячи висновку, що повернення всього живого до неорганічного стану, що розглядається як справжня сутність задоволення, насправді зводиться до більш загального принципу редукції напруги, аналогічного до принципу ентропії у фізиці. Однак прагнення до редукції напруги і, отже, до розчинення в навколишньому явно суперечить прагненню всього живого зберегти свою ідентичність і неповторність.

Принципу редукції напруги, навіть якби він якимось дивом зміг довести свою спроможність, В. Франкл протиставляє почуття свободи і відповідальності особистості, яке для неї (якщо це саме особистість) завжди більш очевидне і значуще, ніж редукція напруги. За В. Франклом, якщо і є сенс говорити про редукцію напруги, то тільки напруги між тим, що людина повинна зробити (відповідно до знайденого в ноологічному вимірі свого буття змісту), і тим, що нею зроблено (або не зроблено) на поточний момент.

Сутність людини, відповідно до В. Франкла, міститься в тому, що залишиться, якщо прибрати все, що детермінує її поведінку. У цьому

пункті його думка подібна до твердження К. Ясперса, який називає людину, що самовизначається, «буттям». Людина сама вирішує, ким вона буде в наступний момент. І навіть відмова людини, що виражається в самогубстві, виражає її волю.

В. Франкл розрізняє три основні механізми детермінації поведінки людини:

- 1) природна схильність чи біологічна детермінація;
- 2) ситуація як «цілісність зовнішнього оточення» чи соціальна детермінація;
- 3) позиція людини як відповідь на дію схильності і ситуація як психологічна детермінація.

В. Франкл говорив про те, що наявність екзистенційного вакууму призводить до тотальної невротизації людства. Вплив екзистенційного вакууму не обмежується почуттям безглуздя і ноогенними невротами. Його вплив також проявляється в т. зв. «масовій невротичній тріаді»: депресії, наркоманії й агресії [169, с. 96], що виражається у збільшенні кількості самогубств серед молодого покоління, а також зростання злочинності, сексоманії, алкоголізму та наркоманії. Причину всіх цих явищ В. Франкл бачить у розповсюдженій екзистенційній фрустрації.

В екзистенційному вакуумі на ґрунті порожнечі й безглуздості розцвітає сексуальне лібідо й агресивно «деструдо» (від латинського «destrudo» – «руйнувати»). Такий стан викликає ненависть і презирство до життя, смерть ідеалізується, що й призводить до суїцидальних тенденцій. Отже, екзистенційна і гуманістична психологія відмовляються розглядати людину в контексті прийняття – неприйняття життя лише як похідне несвідомих деструктивних потягів.

В екзистенціальному ключі розглядає проблему самогубства сучасний російський психолог Д. А. Леонтьєв.



Рис. 30. Д. А. Леонтьєв (нар. 1960)

Він закликає дивитися на проблему «цілісно», що дозволяє, на його думку, побачити в суїциді дистанційоване ставлення до свого життя, тобто деяке відношення, на відміну від «мимовільного і нерелексивного» «бутійстввання». Екзистенційний погляд визнає можливість зайняти стосовно свого життя рефлексивну і довільну позицію, у тому числі і змінювати цю позицію. Справді зріла особистість, – зауважує Д. Леонт'єв, – усвідомлюючи можливість суїциду, не зачаровується нею, а усвідомлено відкидає її, роблячи вибір на користь життя.

Автор пропонує модель особистісного потенціалу, який покликаний змінити поняття адаптації. Це пов'язано з тим, що передбачається не тільки пристосування до заданих обставин, але й сприяє створенню необхідних умов. Під особистісним потенціалом його розробниками розуміється «системна організація індивідуально-психологічних особливостей особистості, що лежить в основі здатності особистості виходити зі стійких внутрішніх критеріїв і орієнтирів у своїй життєдіяльності та зберігати стабільність смислових орієнтацій і ефективність діяльності на тлі тиску, а також зовнішніх умов, що змінюються» [89, с. 58-82].

Теоретично й емпірично в ньому виділяється три підструктури, що відповідають трьом функціям саморегуляції: функції самовизначення, що забезпечують вибір цілей і тактик їх досягнення та гнучке переключення з однієї на іншу; функції реалізації, що забезпечують ефективне досягнення обраної мети; функції збереження, які виявляються в гнучкому управлінні деформаційними впливами ззовні за збереження смислових орієнтацій і базових структур особистості.

Із конкретних складових особистісного потенціалу, що відіграють особливу роль у превенції суїциду та працюють на користь «прийняття рішення на базі життя, а не смерті», Д. Леонт'єв виділив два регулятори:

- 1) наявність позитивного сенсу, «підстави, для чого жити»;
- 2) відчуття свого внутрішнього центру, диференціація «Я» на:
а) «екзистенціальне Я»: суб'єктивне, смислове, внутрішній центр, з якого Я дію, «точки відліку, на якій і стою», б) емпіричне, конкретне «Я» (психологічне): конкретна індивідуальність, образ мене, моя конкретна ідентичність, Я такий і не інший, Я-концепція, душевне і тілесне Я.

Суїциденти свою конкретну минушу ідентичність ототожнюють із собою в цілому. Водночас суб'єктне, або екзистенційне, Я ототожнюють, як правило, із духовним (смисловим) рівнем існування, на якому долається багато обмежень, що діють на тілесному (фізичному) або душевному (психологічному) рівнях. Отже, втрачаючи деякі аспекти ідентичності, змінюючись, долаючи неадекватну ідентичність, суб'єкт не вбиває (не долає) себе тілесно.

Український психолог М. П. Гусакова у своїй роботі [48] акцентує увагу на смисловому боці проблеми. Суїцид, учинений у «кризу смислової сфери», несе в собі «інструментальний» сенс: убити себе, щоб продемонструвати ставлення (помститися, змусити і т. д.) [48, с. 69]. Якщо ж у кризі втрачається осмислений погляд на життя, то сенсом суїцидального акту може стати набуття сенсу, свідомості життя. Отже, спроба самогубства вже є роботою з осмислення; терапевтичне завдання в постсуїциді полягає в підтримці тієї роботи, яку було розпочато суїцидальним актом.

Певним чином погляди дослідниці близькі до позиції Д. А. Леонтєва. Вона, на нашу думку, дуже влучно ставить питання про наявність майбутнього як «інобуття», не виведеного з минулого суб'єкта, що лежить уже поза «простором суїциду», потенційного майбутнього, «смислового», а не «тимчасового», як це розумів М. М. Бахтін [48, с. 76].

Самогубство стоїть на стику двох смислових відносин: збереження колишнього статус-кво і його ж знецінення [48, с. 82]. Отже, суїцид уже не вкладається в рамки уявлення про мотивовану з минулого дію, а слугує початком для народження вчинку в новому життєвому просторі. Правда, між суїцидом і вчинком може існувати якийсь розрив, який і потрібно заповнити спільною роботою терапевта і суїцидента. «Сам суїцид повинен при цьому перевтілитися, стати іншим, перестати бути суїцидом у звичайному сенсі і, можливо, уперше набути духовно-особистісного виміру. Стати суїцидом не в буквальному, фізичному сенсі, але в сенсі подолання, умирання свого готівкового, колишнього, сценарного «Я», свого егоїзму» [48, с. 82]. Учинком суїцидальна спроба може стати тільки в контексті становлення життєвого шляху особистості. Дослідником описано чотири можливі стратегії дозволу постсуїциду: ігнорування кризи; нівелювання кризи; цілепокладання як заміщення змістоутворення та цілеспрямована активність у пошуку сенсу.

У роботах представників когнітивно-поведінкового напряму було виділено такі фактори, як дисфункціональні установки та переконання, недостатній рівень здатності до вирішення проблем, схильність до переживання безнадійності і знижена здатність до прогнозування позитивних подій у майбутньому. Досягнення в цьому напрямі пов'язані насамперед з ім'ям А. Бека і практикою когнітивної терапії.

А. Бек досліджував структуру депресивного мислення, потенційний суїцидальний стиль поведінки.

Якщо З. Фрейд розглядав механізм меланхолії (депресії) в інтерналізації втраченого об'єкта і в динаміці відносин із ним суб'єкта, то теоретичне посилення беківського підходу – емоції й поведінка людини – детерміновані тим, як вона структурує світ.



Рис. 31. А. Бек (нар. 1921)

Уявлення людини визначаються її сформованими установками та схемами. Ці схеми визначають її реакцію на різні ситуації. Формуються вони на ранніх етапах розвитку індивіда під впливом різних психотравматичних подій і є факторами, що призводять до розвитку депресії. Вони носять первинний характер, сприяючи виникненню «вторинних» автоматизованих думок, пов'язаних із негативними оцінками власної особистості, поточного моменту і свого майбутнього – т. зв. «когнітивна триада» [16, с. 19].

Усі інші симптоми, що входять до депресивного синдрому, розглядаються А. Беком із точки зору згаданої концепції як наслідки активації негативних патернів [16, с. 19]. Наприклад, якщо індивід помилково вважає, що він відкинутий людьми, то реакція його виявляється (сум або, навпаки, гнів, агресія), як і у випадку дійсного відкидання. Якщо він помилково вважає себе вигнанцем, то матиме почуття самотності.

Безвольність, відсутність бажань (порушення мотивації), безнадійність А. Бек пояснює спотворенням когнітивних процесів. У своїй крайній формі уникнення проблем і ситуацій, що представляються нерозв'язними і нестерпними, набуває форми суїцидальних бажань. «Депресивний пацієнт нерідко бачить у собі тягар для оточуючих і на підставі цього робить висновок, що всім, у тому числі і йому самому, буде краще, якщо він помре» [16, с. 19]. Когнітивна модель дозволяє пояснити і фізичні симптоми депресії. Апатія і занепад сил може бути

результатом переконаності пацієнта в безплідності своїх починань. Песимістичний погляд на майбутнє може викликати «психомоторну загальмованість».

Дослідження здатності до переживання безнадійності і негативне ставлення до майбутнього, на нашу думку, – одна з перспективних ідей, розроблених у контексті когнітивного підходу до проблеми суїциду. А. Бек вважав її навіть більш репрезентативною в прогнозі суїциду, ніж депресію [154]. «Безнадія – свого роду ключ до схильності до суїциду» [185]. Аналіз наявних психологічних трактувань надії (Дж. Аверілл, К. Муздибаєв, С. Снайдер, Е. Стотланд, Е. Фромм, К. Хорні, Е. Еріксон), дозволяє зробити висновок про те, що їх об'єднує розуміння надії як очікування бажаного і віра в те, що воно може бути досягнуте [92; 93].

Стан безнадійності включає два основні компоненти: 1) песимістичні установки щодо майбутнього; 2) відчуття безпорадності перед очікуваними негативними подіями. Безнадія являє собою когнітивний феномен, незважаючи на його зв'язок із негативними емоційними переживаннями [149]. Тим часом диференціальна теорія емоцій, кажучи про надію (і, відповідно, безнадійність), пов'язує афективні й когнітивні процеси воедино [60].

У серії лонгітюдних досліджень було доведено тісний зв'язок безнадійності з суїцидальною поведінкою. Зокрема, було встановлено, що високі показники безнадійності дозволяють передбачити здійснення завершеного суїциду протягом десяти років [154].

А. Бек вказував на плутанину в поняттях як найважливіший недолік у вивченні суїцидальної поведінки: «Різні автори, говорячи про суїцидальну поведінку, припускають, що розмовляють про одні й ті самі феномени, коли використовують однакові терміни, проте це припущення спростовується використанням однакових термінів із різною метою» [35, с. 59]. А. Бек і його співавтор Р. Грінберг помічають, що термін «суїцид» застосовувався до настільки різних видів дій, почуттів, тенденцій і поведінки, що було втрачено його значення як особливого конкретного поняття. Ними було запропоновано поділ суїцидальних спроб на три групи: 1) ті, хто «по-справжньому хоче померти»; 2) ті, хто «втратив шанс на виживання»; 3) ті, що «безумовно очікували вціліти» [153].

2.3. Медична (психопатологічна, клініко-психологічна) концепція

Концепція виходить із того, що самогубці – душевнохворі люди, а суїцидальні дії – прояви гострих або хронічних психічних розладів. Витоки медичної парадигми можна знайти в діяльності чудових французьких психіатрів початку ХІХ ст.: Ф. Пінеля й особливо Ж.-Е. Ескіроля, а також англійського лікаря Ф. Вінслоу.

Ф. Пінель у роботі «Лікарсько-філософське окреслення душевних хвороб» (1829) описав «меланхолію зі схильністю до самогубства» і ототожнював самогубство з душевною хворобою. Ф. Вінслоу в роботі «Анатомія самогубства» (1840) наводить характеристики поетів В. Коупера і Т. Чаттертона, у яких точно помічено прояви самонищівних тенденцій.



Рис. 32. Ф. Пінель (1755-1826)



Рис. 33. «Філіпп Пінель звільняє від кайданів психічно хворих у лікарні Сальпетрієр у 1795 р.». Художник Т. Р. Флері

Ж.-Е. Ескіроль у праці «Про душевні хвороби» (1838) писав: «... у самогубстві виявляються всі риси божевілля. Тільки в стані безумства людина здатна робити замах на своє життя, і всі самогубці – душевнохворі люди» [54].



Рис. 34. Ж.-Е. Ескіроль (1772-1840)

Цей погляд ніс у собі безсумнівне гуманістичне послання – суїциденти виводилися з-під драконівських жорстоких кримінальних законів, які в більшості країн поширювалися на них та їхніх близьких, оскільки душевнохворі були непідсудні. Водночас на певний період психопатологічна точка зору визначила розуміння суїциду як прояву психічної патології. Французький психіатр Ф. Бурден свій трактат прямо назвав: «Самогубство як хвороба» (1845), у якому виділяв «спеціальну мономанію» – «манію самогубства» [148].

Широке розповсюдження психопатологічний погляд на самогубство отримав у Російській імперії. Можна відзначити таких відомих психіатрів, як П. Г. Розанов, П. Лебедев, С. С. Корсаков, А. В. Ліхачов, І. А. Сікорський.

П. Г. Розанов вважав, що бажання смерті, яке доходить до самогубства, «не може не характеризувати болючої слабкості волі». Він зазначав, що «безпідставно стояти на можливості самогубства в здоровому стані, у стані, так би мовити, повної осмисленості та правильності оцінки своєї поведінки, приписуваного деяким самогубцям» і далі – цих осіб слід «... вважати психічно хворими, поки не буде доведено

протилежне» [56]. Але вже П. Лебедєв у 1888 р. свою роботу назвав «Про самогубство в нормальному і хворобливому стані», де зазначав, що «навіть чи хто-небудь погодиться з тим, що всі самогубці перебувають у ненормальному стані розумових здібностей» [56, с. 89]. С. С. Корсаков не виключав можливості тлумачення самогубства, яке не впливає із психічного стану людини: «Дійсно, коли людина зважується на самогубство з почуття обов'язку або на підставі вимог розуму, то це може бути і при здоровому розумі». Батько сучасної психіатрії Е. Крепелін вважав, що суїцид може стати результатом комплексу факторів, а на частку психозів припадає лише близько 30 % самогубств [37]. Схожої точки зору дотримувався й український психіатр І. А. Сікорський, відомий своїми дослідженнями колективних самогубств серед старообрядців (самоспалення).



Рис. 35. І. А. Сікорський (1842-1919)

І. А. Сікорський вважав, що «... ми маємо справу не просто з історичними або побутовими явищами, але допіру з явищами патологічними, що належать до розряду т. зв. психічних епідемій». Тим не менш, він зазначав, що «чверть або третина загальної кількості самогубств залежить від душевної хвороби».



Рис. 36. Самоспалення старообрядців наприкінці XVII ст.
Картина Г. М'ясоєдова «Самоспалення»

Російські психіатри І. В. Попов (1898), Г. І. Гордон (1912), Л. А. Прозоров (1913) також вважали, що розлад психіки може бути причиною самогубства лише в обмеженій кількості випадків. Г. І. Гордон (до речі, один із конструктивних критиків дюркгеймівського підходу) писав, що «... до реакції у формі самогубства здатні не тільки хворі та хворобливі, а й здорові душі, абсолютно нормальні за своїми рисами й емоціями» [148, с. 44].

У своїй доповіді «Про причини самогубств і можливу боротьбу з ними» на I З'їзді Російського союзу психіатрів і невропатологів у 1911 р. В. М. Бехтерев висунув комплексну програму профілактики самогубств.

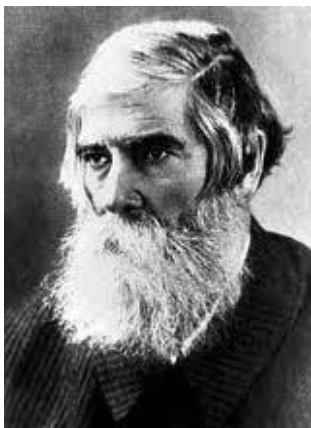


Рис. 37. В. М. Бехтерев (1857-1927)

Вважаючи крайньою точкою зору, за якою самогубство отожднюється з душевною хворобою, він водночас заперечував й іншу крайність: віднесення суїциду винятково до вчинків психічно здорової особистості [18]. Отже, за п'ять – шість десятиліть (від праці Ж.-Е. Ескіроля до робіт російських психіатрів початку ХХ ст.) у психіатричних колах відбулася еволюція поглядів на генезу суїцидальної поведінки. Самогубство перестало розглядатися суто як наслідок психічного розладу, було визнано роль соціальних та індивідуально-психологічних факторів.

2.4. Інтегративний підхід

Радянська наука зробила свій внесок у світову суїцидологію концепцією самогубства як наслідку соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого нею мікросоціального конфлікту. Її розроблено колективом фахівців під керівництвом російського суїцидолога А. Г. Амбрумової.



Рис. 38. А. Г. Амбрумова (1913-1997)

Амбрумівський підхід претендує на зв'язок із психологічною парадигмою [78, с. 15]; Г. В. Старшенбаум кваліфікував його як інтегративний підхід, і, на наш погляд, у цьому є сенс [123, с. 37]. За А. Г. Амбрумовою, кожен випадок самогубства – це результат взаємодії ситуаційних, особистісних і психопатологічних факторів. Надалі суїцидолог із Санкт-Петербурга В. С. Єфремов, розвиваючи ці положення, запропонував розглядати детермінанти суїцидальної поведінки як констеляції груп факторів (регістрів): індивідуально-особистісні характе-

ристики людини, її стан (статус) і соціально-психологічна ситуація. Найімовірніше, він перебуває в медичному дискурсі і не виходить за рамки натуральних уявлень про «норму». До того ж такі наріжні для сучасної психології поняття, як «особистість», «життєвий шлях особистості», «смилова структура особистості», залишаються незатребуваними теорією і практикою суїцидології. Тому терапевтична робота ведеться з суїцидентом на рівні адаптації окремих психічних структур, не підіймаючись до смислового рівня особистісного «здоров'я» [48, с. 4].

Суїцид убачається для суб'єкта виходом із конфлікту за рахунок самоусунення. До заслуги російських суїцидологів слід віднести розробку та детальний опис феномену «суїцидальної поведінки», уперше запропонованого 1947 р. Дж. Деша, у якому було зроблено акцент на виділенні його етапів і відповідних інтервенціях на кожному з них. А. Д. Покорни (1974) також використав поняття «суїцидальна поведінка», включав сюди суїцидальні думки (суїцидальне мислення), скоєні спроби і самогубство.

Цю проблему розробляла А. Г. Амбрумова та її співробітники, зокрема В. А. Тихоненко, які називають суїцидальною поведінкою будь-які внутрішні чи зовнішні форми психічних актів, що спрямовуються уявленнями про позбавлення себе життя. До зовнішніх форм належать завершені суїциди та суїцидальні спроби, що розуміються як цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, яке не завершилося летальним результатом. Внутрішні форми – це суїцидальні думки, уявлення, переживання і суїцидальні тенденції, що, у свою чергу, поділяються на задуми й наміри [10].



Рис. 39. Пам'ятна дошка в кризовому відділенні Російського суїцидологічного центру (м. Москва)

Відповідно до мети, суїцидальна поведінка може бути істинною або парасуїцидальною. А. Г. Амбрумова до істинних самогубств відносить ті, які є завершеними, а також замах на самогубства – якщо вони мали своєю метою позбавлення індивіда життя [7].

Серед екстраперсональних факторів підвищеного суїцидального ризику дослідники вказали:

- 1) психози та прикордонні розлади;
- 2) суїцидальні висловлювання, повторні суїцидальні дії, ранній постсуїцидальний період (до трьох місяців);
- 3) підлітковий вік;
- 4) маргінальні умови (ув'язнення, самотність);
- 5) втрата престижу;
- 6) конфліктна і психотравматична ситуація;
- 7) прийом і вживання сильнодіючих наркотиків.

До інтраперсональних чинників дослідники відносять:

- 1) акцентуації характеру, зазвичай епілептоїдного і циклоїдного типів;
- 2) знижену толерантність до емоційних навантажень;
- 3) неповноцінність у комунікативній сфері;
- 4) неадекватність самооцінки особистісних можливостей;
- 5) відсутність або втрату установок, що визначають цінність життя [11].

Суїцидологи звернули увагу на те, що в більшості суїцидентів відсутні ознаки психічної патології. Ними описано «суїцидогенний комплекс», що включає: 1) знижену толерантність до емоційних навантажень; 2) своєрідність когнітивної сфери (постійна або виявляється під час кризи); 3) неблагополуччя комунікативної сфери; 4) неадекватна можливостям особистості самооцінка (занижена, лабільна або завищена); 5) слабкість особистісного психологічного захисту; 6) зниження і втрата цінності життя. Виділено суїцидонебезпечні ситуаційні патологічні реакції, які пов'язані зі впливом психотравматичних чинників, що викликають фрустрацію та породжують стан психологічної кризи. За феноменологічними ознаками й особливостями динаміки виділено шість таких реакцій: емоційного дисбалансу, негативного балансу, песимістичну, демобілізацію, опозицію і дезорганізацію [5].

Комплексний, системний підхід до вивчення суїцидальної поведінки, що враховує різні фактори: культурні, макро- і мікросоціальні, особистісні, біологічні, демонструє модель стрес-вразливості сучасних суїцидологів Дж. Манна і Д. Вассерман [31; 183].

Відповідно до цієї моделі, існує схильність до суїцидальної поведінки, а також обставини, що зменшують вразливість (захисні фактори) і сприяють самогубству та суїцидальній спробі (актуальні стресори, чинники ризику). У моделі враховуються такі чинники: особливості

особистості та когнітивного стилю; особливості навколишнього середовища; накопичення стресорів і стресові провокації.



Рис. 40. Д. Вассерман (нар. 1947)

Отже, розглядаючи коріння суїцидології, ми можемо переконатися, по-перше, у різноманітності самогубства як явища (психологічного, соціального) і, по-друге, у мультидисциплінарності самої суїцидології. Соціологія підходить до суїциду як до суспільного феномену, психологія – як до феномену душевного світу людини, медицина – як до ознаки хворобливого розвитку особистості.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Дайте визначення всім основним поняттям теми.
2. Як перекладається латинський термін «suicide»?
3. Скільки типів суїциду виділяє Е. Дюркгейм?
4. Проявом якого інстинкту пояснював суїцидальні тортури З. Фрейд?
5. Які три складові повинні міститись у спробі суїциду за К. Менінгером?
6. Які чотири основні причини суїциду виділяє Р. Сейер?
7. Чому соціально-психологічна дезадаптація в умовах мікросоціального конфлікту є суїцидонебезпечною?
8. Що таке метод психологічної аутопсії?
9. Які типи самогубств виділив Е. Шнейдман?
10. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розмірковувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Розділ 3

ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОГО ТА ПАРАСУЇЦИДАЛЬНОГО ТИПІВ ПОВЕДІНКИ

3.1. Суїцидальна поведінка як один із видів прояву аутоагресивної поведінки

Більшість фахівців, що досліджували феномен суїциду, доходять загального висновку, що самогубство (суїцид) можна охарактеризувати як акт позбавлення себе життя, за якого людина діє навмисно, цілеспрямовано, усвідомлено [35; 56; 58]. За словами Е. Дюркгейма, «... потерпілий знав про очікувані ним результати» [54]. Отже, можна припустити, що ця наявність наміру (або усвідомленість) припинення життя є основним критерієм виділення суїциду з низки інших, подібних до нього проявів. Яких саме? І який ступінь усвідомленості намірів? Чи завжди людина сама може визначити характер мотивів, що лежать в основі її дій? Отже, необхідно зупинитися на більш широкому понятті, наявному в сучасній психології соціальних і медичних наук, для того, щоб окреслити межі смислового простору, що безпосередньо стосується самого самогубства.

Питання, пов'язане з визначенням поняття «аутоагресивна поведінка» (ААП), складне у зв'язку з багатозначністю змісту, причому поведінка розуміється нами як різноманітні внутрішні (у тому числі вербальні) та зовнішні форми психічних актів, що перебувають у відношенні генетичної спорідненості. Хоча, наприклад, Ю. Вагін пропонує дефініцію «поведінка» замінити поняттям «суїцидальна активність»; за традицією в психології під поведінкою розуміються тільки зовнішні прояви психічної діяльності [26], ми ж розуміємо поведінку в більш широкому аспекті. На думку Ю. Вагіна [26], термінологічні проблеми в суїцидології виникають із таких причин: 1) нерідко спостерігається повна невизначеність деяких феноменів та їх аспектів; 2) багато з наявних понять володіють дефінітивною нечіткістю, багатозначністю та суперечливістю (аж до взаємного заперечення); 3) послідовне розширення сфери досліджень у суїцидології призвело до вторинного «розмивання» кордонів багатьох понять; 4) існують лінгвістичні труднощі перенесення і/або перекладу низки понять з однієї мови на іншу.

Подібною є думка Дж. Д. Бетта [155]: «Клінічна психологія (як і інші соціальні науки) намагалася розробити таксономію суїциду – ніби, назвавши дію, ми могли б заспокоїти себе впевненістю в тому, що ми знаємо, що це за дія. На справді ж ніщо не відводить нас так далеко від істини. Усе, чого нам вдалося досягти, – так це одягнути важку для розуміння поведінку в темну термінологію. Ми читаємо про аномічні, альтруїстичні, пасивні та релігійні суїциди тощо, причому будь-яка соціальна наука розробляє власну специфічну номенклатуру». Тим не менш, суїцидологія нині оперує досить стійкими поняттями, які дозволяють фахівцям працювати і з якими ми й ознайомимося.

Аналіз літератури свідчить, що терміни «аутоагресивна поведінка» (АП), «аутодеструктивна поведінка» (АДП), «суїцидальна поведінка» (СП) використовують як синоніми, але смислове навантаження їх різне. Багато фахівців ототожнюють «аутоагресивну поведінку» і «суїцидальну поведінку», фактично ставлять між ними знак дорівнює (А. Є. Двирський зі співавторами, 2004; Ю. В. Валентік зі співавторами, 2004; З. Л. Зулкарнеса, Д. М. Менделевич, 2004; Г. Т. Красильников, Є. В. Мартянова, 2004). Інші (Л. В. Ромасенко, 2004), навпаки, під АА розуміють несвідомі механізми формування психосоматичних розладів. Аналогічної точки зору дотримуються А. П. Ховрачев, Л. Н. Юрченко (2004) – «розгляд алкозалежності як ААП уже давно аксіоматичний», аналогічно О. І. Сперанська і О. І. Єфремова (2004) зараховують до АА й куріння тютюну – тобто всі вони розглядають АА як *відстрочене за часом заподіяння шкоди своєму здоров'ю*. І. М. Хмарчук (2004) до ААП зараховує СДП і зловживання алкоголем, небезпечне водіння і провокацію бійок. Д. І. Шустов виділяє СД ААП не СД ААП – залученість у нещасні випадки. Він же зазначає, що основний деструктивний момент АП пов'язаний з установкою «Не живи!» як психологічною моделлю поведінки, спрямованої на досягнення неприродної смерті. Н. А. Качнова і А. Р. Зосименко (2004), вивчаючи засуджених, розглядають два варіанти ААП: 1) той, що має на меті позбавити себе життя; 2) АА дії без мети самогубства, нерідко завдавали серйозної шкоди здоров'ю і становили пряму загрозу для життя.

«Глосарій суїцидологічних термінів» пропонує таке визначення феномену, що базується на дослідженнях амбрумівської школи: А. Г. Амбрумова, Є. Г. Траїніна Н. А. Ратинова [45]. *Під ААП розуміють дії, спрямовані на завдання певної шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю*. Варіант агресивної поведінки збігається із суб'єктом та об'єктом. Агресія й аутоагресія мають єдині патогенетичні механізми, співвідносні за типом «клапанної взаємодії», коли сформована АП може спрямовуватися або на оточуючих, або на себе (механізм ретрофлексії).

Виділяють такі типи ААП: **суїцидальна поведінка**: усвідомлені дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя; **суїцидальні еквіваленти** та **АДП**: неусвідомлені дії (іноді навмисні вчинки), мета яких – не добровільне позбавлення себе життя, але шлях до фізичного (психічного) саморуйнування або до самознищення; **несуїцидальна ААП**: різні форми навмисних самоушкоджень), метою яких не є добровільна смерть (або дії, які не є завідомо небезпечними для життя). АА дії в маренні або галюцинації, також як і неусвідомлювані дії душевнохворих кваліфікуються як нещасний випадок.

А. Г. Амбрумова справедливо підкреслює, що вивчення суїцидальної деструктивної поведінки не можна зводити до вивчення тільки завершених дій і спроб, а потрібно вивчати все різноманіття цього феномену і розглядати окремо різні види й типи поведінки. Можна зробити висновок, що патерни ААП можуть реалізовуватися в різних, не пов'язаних безпосередньо із суїцидальними, цілях. До того ж вони не завжди є усвідомленими і нерідко спрямовані на заподіяння собі шкоди без летального контексту. Отже, подібні форми ААП носять латентний характер. Фахівці відповідного профілю (психіатри, наркологи) виділяють такі рівні **аутодеструктивності**: 1) *фізичний* (вживання сурогатів алкоголю, високотоксичних наркосабовів, захворюваність СНІД, зниження/відсутність цінностей здоров'я); 2) *сімейний* (розлучення, відсутність дітей, переживання самотності); 3) *соціальний* (зниження соціального, професійного статусів); 4) *психологічний* (проблема спілкування, екзистенційний вакуум). **Суїцидальний еквівалент** може бути закамфльований такими духовними цінностями, як ідеалізм або альтруїзм. Т. зв. альтруїстичні СД характеризуються тим, що завершення дії реалізуються з морально-етичних міркувань, наприклад в ім'я Бога чи вітчизни.

Ми припускаємо, що розгляд латентних патернів ААП у контексті суїцидальної поведінки має свою традицію. Ще Е. Дюркгейм у 1897 р. говорив про «символічне самогубство». К. Г. Юнг зазначав: «Узагалі, несвідома тасмниця більш патогенна, ніж тасмниця свідомо. Я бачив багатьох пацієнтів, які в силу обставин, цілком здатних привести більш слабкі натури до суїциду, часом розвивали суїцидальні тенденції, але завдяки їхній вродженій розважливості не допускали її до свідомості і так породжували несвідомий суїцидальний комплекс. Це несвідоме спонукання до суїциду згодом конструювало всілякі небезпечні випадковості – наприклад, раптового запаморочення на відкритому місці, коливання перед рухомих автомобілем, приймання технічного очисника замість мікстури від кашлю, раптове захоплення небезпечними видами спорту і т. д. Коли вдавалося зробити таку суїцидальну схильність

свідомою, здоровий глузд надавав рятівну дію: пацієнти могли свідомо розпізнати й уникнути ситуацій, випробовували їх самодеструкцію» [16; 128].

К. Менінгер описав крім власне суїциду його численні *хронічні форми* (аскетизм і мучеництво, неврастенію, антигромадську поведінку, психози), *локальне самогубство* (симуляцію, поліхірургію, навмисні нещасні випадки, імпотенції, фригідність) і *органічне самогубство* (психосоматичні захворювання). Ці обставини призвели до появи в суїцидології великої кількості слабо окреслених понять, що часто перекривають або суперечать одне одному, як-от: «непрямий (прихований) суїцид», «напівумисний суїцид», «протрагований (продовжений) суїцид», «органічний суїцид», «суїцидальний еквівалент», «несвідома суїцидальна поведінка». Р. В. Бісалієв і Р. А. Сараєв [19] виділяють сім основних характеристик **непрямого самогубства**: 1) часта відсутність повного усвідомлення наслідків своїх учинків; 2) раціоналізація, інтелектуалізація або негативне ставлення до своєї поведінки; 3) поступовий початок деструктивної поведінки, яка все ж стрімко наближає смерть; 4) украй рідкісне обговорення цих тенденцій; 5) імовірність довготривалої мученицької поведінки; 6) витяг вторинної вигоди зі співчуття або/і прояв ворожості під час саморуїнування; 7) смерть майже завжди здається випадковою. Однак, на наш погляд, таке трактування варіанту ААП веде, у свою чергу, до розмивання меж поняття суїцидальної поведінки (СП).

Сучасні російські дослідники (В. А. Руженков та ін.) пропонують уточнити дефініції ААП, включивши два поняття – суїцидальна поведінка (СП) і аутодеструктивна поведінка (АДП). АДП – синонім: **саморуїнівна поведінка** – умисні вчинки за неусвідомленої можливості смертельного фіналу як їх наслідку, результатом якого є фізичне або психічне руйнування особистості, що не носить усвідомленої мети позбавлення себе життя. Її, у свою чергу, можна поділити на пряму аутодеструкцію і непрямую аутодеструкцію. **Пряма аутодеструкція** – завдання собі ушкоджень без мети позбавлення себе життя. **Непряма аутодеструкція** – заподіяння відстроченої шкоди власному здоров'ю без мети позбавлення себе життя, яка поділяється на активну (усвідомлювану) і пасивну (неусвідомлювану). На основі категорії мети автори виділили сім типів прямого АДП: релаксаційний тип: мета – зняття психоемоційного напруження і поліпшення настрою; маніпулятивний тип: мета – демонстрація самоушкоджень для маніпуляції найближчим оточенням; інфантильно-демонстративний тип: для доказу любові, самоствердження, «на спір». АДП за типом «заклик» має на меті звернути на себе увагу, інфантильно-наслідувальний – довести силу волі,

інфантильно-мазохістський – отримання задоволення від завдання собі ушкоджень; симулятивний – ухилення від покладених обов'язків, зокрема від служби в Збройних силах [117].

Ц. П. Короленко і Т. А. Донських [82] виділяють в АДП дві групи: нестандартну і деструктивну поведінку. Нестандартна поведінка має форму нового мислення, а також дій, що виходять за рамки соціальних поведінкових стереотипів (наприклад, діяльність новаторів, революціонерів, опозиціонерів). Деструктивна поведінка має дві форми – зовнішньодеструктивна поведінка, спрямована на порушення соціальних норм, і внутрішньодеструктивна поведінка, спрямована на дезінтеграцію самої особистості, її регрес. Напрямок деструкції залежить від панівної мети. У групі внутрішньодеструктивної поведінки автори виділяють: суїцидну, конформістську, нарцисичну, фанатичну й аутичну поведінки. Аутодеструктивну (саморуйнівну) поведінку автори визначають як поведінку, що відхиляється від медичних і психологічних норм. Ними розглядаються такі форми поведінки: суїцидальна поведінка, харчова або хімічна залежність, фанатична поведінка, аутична поведінка, діяльність із вираженим ризиком для життя (екстремальні види спорту).

Творцем концепції саморуйнівної поведінки людини можна вважати Н. Фарбероу (1989), який кваліфікував цей феномен як неусвідомлене бажання померти. Його підхід дозволяє більш широко поглянути на проблему. Маються на увазі не тільки завершені самогубства, але й інші форми ААП: алкоголізм, токсикоманія, психосоматичні захворювання, невинуватна схильність до ризику, делінквентна поведінка і т. д. Це в разі смертельного результату т. зв. напівумисна смерть, в якій жертва відіграє частково несвідому, приховану роль.

Ще однією формою ААП можна вважати **самоушкоджувальну поведінку (СПП)**, дослідженням якої займаються такі вчені, як А. Зайченко та О. Андронікова [12; 57], яка пов'язала СПП та віктимність. СПП – це соціально неприйнятна поведінка, пов'язана з навмисним завданням собі тілесних ушкоджень, проте не має суїцидальної спрямованості. Основні ознаки: 1) навмисний (свідомий) характер; 2) відсутність суїцидальних намірів; 3) самостійне заподіяння собі ушкоджень; 4) елемент фізичного насильства; 5) звичний характер. У силу прихованості актів СПП психологічних досліджень у цій галузі мало. Класифікація: 1) СПП, зумовлені соціокультурним ладом (ритуалом, звичаєм, традицією): проколювання вух, обрізання; 2) девіантна СПП – важкі, повторювані й поверхневі (або помірні) самоушкодження. **Форми СПП:** 1) *значні СПП* – це рідкісні (або поодинокі) акти радикального та глибокого ушкодження тканин тіла (енуклеація очей, кастрація, ампутація частин тіла), учинені, як правило, під впливом

психотичних переживань; 2) *стереотипні СПП* – ритмічні акти, які повторюються за жорстко зафіксованою схемою і позбавлені смислового змісту (стереотипні удари головою, видавлювання очного яблука), зустрічаються у випадках дитячого аутизму та розумової відсталості; 3) *поверхневі (або символічні) СПП*: порізи на шкірі, «гравірування» на шкірі, перешкода загоєнню ран, навмисні переломи кісток, втикання голок, висмикування волосся і т. д.

3.2. Суїцидальна та парасуїцидальна поведінка

Спіраючись на міркування, наведені в попередньому підрозділі, ми можемо охарактеризувати самогубство (суїцид) як акт позбавлення себе життя, під час якого людина діє навмисно, цілеспрямовано, усвідомлено. Тобто можна припустити, що основний критерій виокремлення самогубства з усіх аутоагресивних дій, про які ми згадували вище, – це наявність наміру припинення життя.

Але виникає питання про класифікацію суїциду та суїцидальних спроб – одне з найбільш дискусійних в інтерпретації самогубства. Проблема полягає в розумінні мотивів і цілей суїцидального акту, меж безпосередньо суїцидальної поведінки та поведінки аутоагресивної й деструктивної. Із тими чи іншими застереженнями самогубством вважається навмисне (свідоме) позбавлення себе життя, це відзначав ще Е. Дюркгейм («усі випадки смерті, що виникли в результаті прямої або непрямой дії позитивного або негативного акту, учиненого самою жертвою; за умови, що жертва знає про кінцевий результат цього акту»), а також інші дослідники: Р. Дікстра (1989), Н. Кесел (1956), Дж. Вайс (1957), Г. Мерскі (1969). Е. Шнейдман (1985) визначив суїцид як «усвідомлений акт самознищення, який розуміється як багатогранний розлад особистості, що має проблему, для вирішення якої суїцид виявляється кращим варіантом», пов'язуючи його з певними проблемами психічного здоров'я. Е. Штенгель (1972) говорить про самогубства як про смерті, які стали результатом усвідомленого самоушкоджувального, із загрозою для життя акту, де намір може бути незрозумілим і двозначним, що іноді може бути з'ясовано з поведінки пацієнта. Інші автори, зокрема Й. Пуріч-Пейаківич і Д. Й. Дуньїч, кажучи про раціональність, що наявна у свідомості суїцидента, вказують на те, що вона, засвідчуючи про намір, не визначає спонукання. На їхню думку, суїцид є навмисним знищенням власного життя під впливом зовнішніх, видимих, або внутрішніх, таємничих спонук у раціональному стані [112].

Якщо ж людина виживає, то це розцінюється як суїцидальна спроба.

Частина фахівців вважає, що спробу не можна віднести до суїциду, тому що виникає плутанина; наприклад, Н. Крейтман і А. Е. Філіпп (1969) запропонували термін «парасуїцид», оскільки «спроба» кваліфікує дії суб'єкта в такому випадку як симуляцію. Важливість питання в тому, що вважати метою суїцидальної дії? Чи є метою смерть, свідоме припинення життя, або ж мова йде про тимчасове припинення свідомості, призов, вихід із ситуації або зміну її, тобто «перерву». У першому випадку – це самогубство, у другому – парасуїцид, як вважає Р. Дікстра (1989).

Дж. М. Вайс пропонує відносити випадки індивідів, які виразно мали намір померти, а залишилися жити випадково, до «перерваних успішних суїцидальних спроб» (але не суїциду!).

А. Бек пропонує спроби (та їх суб'єктів) розподілити на три категорії: 1) тих, хто по-справжньому хоче померти; 2) тих, хто втратив свій шанс на виживання; 3) тих, хто очікував уціліти [151].

А. Г. Амбрумова зазначає, що для правильного розуміння суїцидальної поведінки необхідно відповісти на два питання: чому людина вчинила суїцид і навіщо вона це зробила. Відповідь на перше питання передбачає аналіз умов існування суїцидента: життєвої ситуації, у якій він перебував, його стану і переживань, що призвели до вчинення суїцидального акту. Відповідь на друге питання веде до вивчення мотивів суїцидальної поведінки, цілей, яких людина хотіла досягти, коли здійснювала суїцидальний акт [7, с. 16].

Підходячи до проблеми парасуїциду з точки зору ситуаційного підходу, ми пропонуємо кожному суїцидальну спробу розглядати як суїцидальну ситуацію, у якій наявні зовнішні та внутрішні умови і мета вчинення суїцидального акту. Суїцидальний акт – це дії, які спрямовані на вчинення суїцидальної спроби (обірвалася чи ні мотузка під час самоповішення, невдалі і «вдалі» стрибки з великої висоти, глибина порізу, отруєння пігулками, – усі вони належать до суїцидальних спроб).

Умови ситуації можуть бути зовнішні та внутрішні. Зовнішні умови – ті обставини, які послужили причиною для здійснення вчинку, з одного боку – мотиваційний аспект, а з іншого – об'єктивні умови чи засоби вчинення суїцидальної дії – операційний аспект. Формально для двох категорій дії суїциду і парасуїциду мета одна – учинення суїцидального акту. Хоча мотиви можуть бути різними.

Їх можна звести до двох основних – справжнє бажання смерті й помилкове. Однак за операціональним процесом вони подібні. Якщо в людини мотив не вмерти, а повернути увагу, але вона не врахувала зовнішні умови ситуації, наприклад переплутала назву пігулок або їх

дозування і померла, – хто вона? Парасуїцидент або суїцидент у нашому розумінні? Інший приклад із нашої практики. Олександр Б. хотів померти і викинувся з 8-го поверху, але залишився живий. Хто він? Суїцидент чи парасуїцидент? Це ймовірнісний процес. Не було враховано зовнішні умови ситуації.

Різниця між розумною і нерозумною поведінкою особистості міститься на межі розрізнення істотних і несуттєвих ознак зовнішніх умов ситуацій (із теорії планомірного формування розумових дій і понять П. Я. Гальперіна [40]). Із цієї точки зору, той, хто здійснив стрибок із 8-го поверху, повинен був спочатку вивчити місце падіння, напрям і швидкість вітру, а той, хто вішався, – міцність мотузки і гака, іншими словами, суттєві параметри зовнішніх умов ситуацій. Але далеко не всім під силу це зробити.

Нерозумна поведінка – це шлях методом спроб і помилок, оскільки невідомі суттєві параметри. Це властиво суїцидентам, тому що вони не ставлять далекі цілі, не прораховують варіанти; уся їхня поведінка – це спроба, а помилка – реалізувалася чи ні суїцидальна ситуація. Якщо суїцидент усе продумав або зробив розумно, то летальний результат відбувся, і ми говоримо про суїцид. Однак не всі такі розумні, або хотіли тільки налякати, і якщо ситуація не реалізувалася остаточно, то здійснено парасуїцид.

Усе викладене вище дозволяє стверджувати, що всі спроби раціональні та свідомі, тому що ставиться свідомо мета, і вона досягається через операції, послідовно поєднуючи їх у дію. А сама дія, розкладена на операції (людина бере мотузку, намилує, шукає таблетки, випиває і т. д.), є актом раціональним. Він свідомий, оскільки дія є процес, спрямований на досягнення мети. Мета ж є образ майбутнього результату. Ми маємо на увазі, зрозуміло, свідомий образ результату, який утримується у свідомості, поки відбувається дія [44].

Ми також заперечуємо проти трактування парасуїциду як прояву імпульсивної дії, коли рішення приймається протягом 5 хвилин [59, с. 355]. Рішення, можливо, і приймається протягом 5 хвилин, але реалізується воно протягом більш тривалого часу, якщо розкласти весь суїцидальний акт на операції. Сам же суїцидальний акт вказує на наявність усвідомленої мети.

Завершуючи аналіз питання про відмінність між суїцидом і парасуїцидом, ми доходимо висновку, що реалізувавши суїцидальну ситуацію, особистість у кінцевому результаті піддала себе ймовірному випробуванню. Ми не можемо об'єктивно визначити, скільки суїцидентів із летальним результатом, т. зв. істинних суїцидентів, **не хотіли** піти з життя, тому ми пропонуємо: 1) розглядати будь-який **суїцидальний**

акт як суїцидальну ситуацію, тобто доведена до кінця дію незалежно від результату; 2) якщо спроба завершилася летальним результатом – це **суїцид**, якщо ні – це **парасуїцид**. Подібне розділення необхідне для розробки психотерапевтичних заходів з останніми.

Разом із тим у контексті цього питання про критерії поділу суїцидентів та парасуїцидентів нами було проведено дослідження парасуїцидентів на предмет ступеня планування та підготовки до суїцидальної ситуації. Це дослідження спиралося на прийняту в суїцидології шкалу суїцидальних намірів А. Бека. У шкалі виділено три рівні планування: чи планувався, помірне або мінімальне планування і детальна підготовка. Нас цікавили особистісні особливості кожної з трьох груп.

Для аналізу результатів шкалювання було використано критерій Стьюдента.

На підставі результатів шкали ми виділили дві групи парасуїцидентів: ті, що не планували суїцидальної спроби, і ті, що планували її. Враховувалися тільки статистично достовірні показники. Зіставимо послідовно особистісні риси кожної групи.

Група, що не планувала суїцид, відрізняється від тих, хто планував, великим значенням індексу психологічного благополуччя, наявністю цілей самовизначення, фінансовими проблемами і проблемами з правоохоронними органами, більшою сердечністю в міжособистісних стосунках. Водночас у тих, хто планував, виділяються: безнадійність, депресія, травматичні події життя, вони більше хотіли померти і були впевнені, що помруть у результаті суїцидального акту. Вони частіше писали прощальні листи або записки.

Отже, можна відзначити, що парасуїциденти, які належать до групи людей, що не планували суїцидальних спроб, відрізняються більшою соціальною активністю, про що свідчать навіть негативні факти особистісної історії, до того ж вони орієнтовані на пошук свого шляху та місця в житті, про що свідчать цілі процесу самовизначення. Планували свої спроби негативно емоційні, у них відсутня перспектива і вони прагнуть смерті.

Як зазначалося раніше, за розглянутою шкалою суїцидальних намірів А. Бека, у тих, хто планував суїцид, були два ступені: помірна підготовка і детальне планування. Ми зіставили особливості особистостей цих двох груп. Виявилося, що група поміркованих відрізнялася від тих, хто детально планував: тривалими конфліктами, гнівом, повідомленнями про наміри, алкоголем перед спробою, вони менше вживали заходів обережності, щоб не завадили спробі, а також більше було присутніх під час спроби.

Проведений аналіз ступеня планування суїциду має безпосереднє відношення до розглянутого питання про парасуїцид. Три групи відрізнялися ступенем намірів й особистісними рисами, але всі вони були парасуїцидентами. За наведеними особистісними характеристиками видно, що перша група більш активна в житті і благополучна, із тенденціями до саморозвитку у сфері самовизначення. Однак вони вмирати не планували. Очевидно, що ці суїцидальні ситуації потрібні були до мети виправдання проблем із фінансами та правоохоронними органами. Разом із тим можна припустити, що вони перебували в стані афекту, хоча емоційними відхиленнями не відрізнялися.

Група помірного планування виявилася емоційно нестійкою, більш чутливою, орієнтованою на «заклик». При цьому вони вказували, що бажають померти. Можна також припустити, що ті, хто детально планував суїцид, мали більше бажання розраховатися з життям, ніж помірковані. Але загальний підсумок полягає в тому, що за суїцидальної спроби всі вони залишилися живими. Тому нашу пропозицію розглядати суїцидальну ситуацію як спільну для суїцидентів із поділом на суїцид і парасуїцид вважаємо правомірною, так як ступінь намірів був різним, а результат – один.

Введення поняття «суїцидальна ситуація» дозволяє також дослідити мотиви виникнення цієї ситуації. Ми виходимо з того, що у всіх суїцидентів мета одна – учинення суїцидального акту. Ми дійшли висновку, що в зовнішніх умовах суїцидальної ситуації можуть бути два аспекти. Один із них – неврахування зовнішніх умов під час здійснення суїцидального акту. Другий – це вплив зовнішніх умов на причини виникнення цих ситуацій, які відповідають мотивам. Використовуючи подання про цільову спрямованість особистості, та враховуючи, що мета одна, ми можемо виявити мотиви через вербальні характеристики цілей [30].

Нами було виділено чотири групи мотивів суїцидальних ситуацій.

Група А – почуття провини: *індивід обтяжений переживаннями з приводу невідповідності таким собі зразкам або зобов'язаннями, реальним або уявним, за дії, які, на його думку, непоправні і несуть загрозу іншим: нікчемність і тягар для інших; підвела чоловіка, розтративши гроші; почуття провини через погане навчання; через мене близькі залишилися без квартири; сиджу «на ший», а вони покладають на мене великі надії, які не могу підтвердити.* Самогубство – це шлях, який полегшує стан.

Група В – нездатність дати відсіч: зазвичай, у ситуації конфлікту суб'єкт не може постояти за себе, його поведінкові патерни у спілкуванні обмежені й стереотипні, він не може перейти на більш

високі рівні спілкування, запропонувавши більш вагомні аргументи навіть захисного характеру: *хотіла хоч якось довести; нерозуміння з її боку; ситуація ворожості до мене; не хотіла виносити сміття з хати; щоб якось припинити конфлікт; довести; щоб його повернути; щоб їм дошкулити; залякали сусіди; не можу довести свою правоту; посварилася з сестрою.*

Група С – нестерпність ситуації: у парасуїцидента немає іншого вибору, як реагувати реактивно, не підіймаючись вище за ситуацію: *набридло; піти від проблем; вийти з ситуації; втома; нічого не бачити і не переживати; безпорадність; безсоння; хотілося забутися і все; байдужість; нічого не хотілося; не склала сесію.*

Група D – фіксація на одній діяльності або меті: обмеженість світогляду, усе сходиться на досягненні однієї мети або задоволенні потреби; якщо цього немає, то бачать вихід тільки в суїциді: *побачила в кіно, що так можна; хотілося померти – адже все одно помру; хотів зробити собі погано; хотілося розуміння; втрата дитини; хотілося померти, тому що відчувала, що мене не розуміють; не було інтересу жити; було втрачено сенс життя; просто не хотілося жити без нього; незатребуваність, марність того, що роблю; через хлопця.*

Статистичний аналіз показує певні відмінності в психологічних характеристиках представників груп. Суїциденти з групи А відрізняються за t-критерієм Стьюдента від інших респондентів насамперед тривожністю (із групами мотивації: B = 2,18 (p < 0,05), із C = 2,67 (p < 0,018), із D = 2,08 (p < 0,052) і сором'язливістю, бажанням триматися в «тіні» (відповідно, за t-критерієм Стьюдента: 3,35 (p < 0,005); 2,53 (p < 0,023); 2,25 (p < 0,036). Факторний аналіз дозволяє виділити три фактори в цій групі: 1) нейротизм (26,8 % дисперсії). Факторні навантаження розташували змінні за спадною значущістю: егоцентризм (0,889), ворожість (0,853), уразливість (0,841), депресія (0,821), імпульсивність (0,820), необдуманість учинків (-0,702), безглуздя (0,673), тривожність (0,683) – усього 21 ознака; 2) ряд другого чинника було розцінено як набір ознак, що визначають активність (19,4 % дисперсії): екстраверсія (0,886), відкритість досвіду (0,758), наполегливість (0,743), поглиненість емоціями (0,712), дії (0,677) – усього 15 змінних; 3) дев'ять змінних третього фактору ми об'єднали в групу з поняттям пошук довіри (12,9 % дисперсії): згода (0,910), відвертість (0,791), довірливість (0,723), альтруїзм (0,707), поступливість (0,675). Отже, представники першої групи фіксовані на своїх негативних переживаннях і зайняті переважно ними, активність пов'язана з аутоагресією, а пошук довіри – у прагненні піти від важких переживань.

У представників групи В найбільш актуальне переживання конфлікту, порівняно із суїцидентами групи А: $t = 6,33$ ($p < 0,001$), групою С: $t = 3,98$ ($p < 0,001$) і групою D: $t = 2,12$ ($p < 0,05$). Водночас, порівняно з D-групою, можна зробити уточнення: суїциди в них менш демонстративні: $t = 2,58$ ($p < 0,016$). Усередині групи В найбільш значущі конфлікти у сфері сім'ї й у ставленні до життєвих ситуацій, через кореляції з показником травматичних життєвих ситуацій. Фактори, що лежать в основі поведінки представників цієї групи, такі: 1) свідомість (19,3 % дисперсії), до якої належать сумлінність (0,917), прагнення до досягнень (0,822), компетентність (0,806), організованість (0,780), самодисципліна (0,721) – усього 18 показників; 2) екстраверсія (17,9 % експерсії) – 17 змінних; найбільші вагові навантаження мають показники екстраверсії (0,895), товариськості (0,822), сердечності (0,680) і пошку надії (– 0,754); 3) негативна емоційність (16,5 % дисперсії) – 16 змінних; найбільші вагові навантаження мають показники схильності до гніву (0,759), замкнутості (– 0,805), зануреності у свої емоції (0,707), нейротизм (0,698). Парасуїциденти В-групи надмірно серйозно ставляться до життєвих ситуацій, але в силу м'якості природи не можуть дати відсіч у конфліктах, хоча в них їх багато, що й пов'язано з негативними емоціями.

Суїциденти С-групи, порівняно з представниками групи А, більше прагнуть до гострих і хвилюючих ситуацій: $t = 2,38$ ($p < 0,05$) і гостріше переживають ситуації труднощів із роботою та навчанням. Порівняно з D-групою, менш демонстративні в суїцидальній спробі: $t = 2,82$ ($p < 0,009$). Нами виділено такі фактори: 1) сумлінність (22,5 % дисперсії) – 18 показників, серед яких із найбільш високими ваговими навантаженнями – сумлінність (0,954), компетентність (0,915), передбачливість (0,884), почуття обов'язку (0,853), приземленість (– 0,850), організованість (0,832), самодисципліна (0,709), самовдоволення (– 0,703); 2) активність (18,2 % дисперсії) включає 20 змінних, серед яких із найбільш високими ваговими навантаженнями – екстраверсія (0,804), відкритість досвіду (0,775), неагресивність (– 0,713); 3) схильність до гніву (16 % дисперсії). Фактор включає 14 показників, серед них із найбільш високими ваговими навантаженнями – схильність до гніву (0,839), як реактивна (0,777), так і конституціональна (0,692), із негативними знаками: поступливість (– 0,669), згода (– 0,668), альтруїзм (– 0,661). Можна зробити висновок, що представники цієї групи сильно перенапружені нервово та психічно через надмірну сумлінність, самодисципліну, передбачливість, при цьому так напруження спрямовується не зовні, а на себе, через відсутність агресивності, що ще більше посилюється реактивною гнівливістю.

Суїциденти D-групи, на відміну від представників групи А і С, частіше стурбовані сімейними конфліктами: $t = 4,12$ ($p < 0,001$) / $t = 2,2$ ($p < 0,035$), але менше, порівняно з В-групою: $t = 2,12$ ($p < 0,035$), водночас, порівняно з ними ж, вони більш відкриті для досвіду: $t = 2,76$ ($p < 0,009$), більш естетичні: $t = 3,74$ ($p < 0,001$), альтруїстичні: $t = 2,85$ ($p < 0,007$). Фактори цієї групи: 1) нейротизм (26,8 % дисперсії) включає 21 показник. Із найбільш високими ваговими навантаженнями – негативна емоційність (0,889), ворожість (0,853), схильність до стресу (0,841), депресія (0,821), імпульсивність (0,820), нестабільність (– 0,757), неорганізованість (– 0,702); 2) активність (19,4 % дисперсії). Із 15 змінних цього чинника з найбільш високими змінними – екстраверсія (0,886), відкритість досвіду (0,758), наполегливість (0,743), пошук ризику (0,712); 3) соціоцентризм (12,9 % дисперсії). Фактор включає дев'ять змінних, із найбільш високими ваговими навантаженнями – прийнятність (0,910), довіра (0,791), чесність (0,723), альтруїзм (0,707), поступливість (0,675), неагресивність (– 0,712). У цілому високий нейротизм, що включає негативну емоційність, ворожість, імпульсивність і невпевненість, а також наполегливість і пошук ризику, вказують на невдоволення в разі незадоволення потреб і в процесі недосягнення цілей, як реакції на ці процеси. Хоча внутрішньо вони бажали б, щоб їхній соціоцентризм реалізувався. У цьому виявляється егоцентризм і психопатія за шкалою ММРІ, що пояснює обмеженість мінімальними цілями і потребами.

Розгляд суїцидальної ситуації як такої, що представляє два види умов, дозволяє виявити їхні відмінності. Як було зазначено раніше, зовнішні умови відображають мотиваційний аспект. Нами було виділено чотири групи парасуїцидентів із різною мотивацією вчинків: відчуття провини, неможливість дати відсіч, нестерпність ситуації та фіксація на одній діяльності або меті. Статистична обробка результатів за допомогою критерію Стьюдента і факторного аналізу показали особливості внутрішніх умов суїцидальних ситуацій.

Аналіз результатів цих досліджень дозволив зробити висновок про емоційну нестійкість парасуїцидентів. Група мотивів «почуття провини» відрізняється на статистично достовірному рівні підвищеною тривожністю. Група, яка не може дати відсіч, відрізняється внутрішнім конфліктом, за якого парасуїциденти не можуть дати відсіч опонентам у зовнішньому міжособистісному конфлікті, але в сімейних умовах вони постійно конфліктують. Група мотивів «нестерпних ситуацій» відрізняється великою нервово-психічною напруженістю. Остання група відрізняється, за З. Фрейдом, нарцисичним егоцентризмом.

Отже, було запропоновано визначення суїцидальної ситуації, яка дозволяє встановити об'єктивні відмінності між поняттями суїциду і парасуїциду. Було виявлено особистісні особливості парасуїцидентів за умовою планування суїциду і підтверджено правомірності нашого розуміння терміна «парасуїцидент». На цій же основі було виявлено чотири групи мотивів суїциду, а також показано особистісні особливості парасуїцидентів у кожній із груп. Ці групи було визначено на основі контент-аналізу вербальних характеристик цілей. Можна констатувати, що цих груп виявилось значно менше, ніж прийнятих у літературних джерелах класифікацій мотивів суїциду.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Дайте визначення всім основним поняттям теми.
2. Дайте визначення терміна «аутоагресія».
3. У чому різниця між «суїцидом» та «парасуїцидом»?
4. За яких умов складається суїцидальна ситуація?
5. Складіть таблицю, у якій опишіть чотири групи мотивів суїцидальної ситуації.
6. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розміркувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Розділ 4

ДИНАМІКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Суїцидальна поведінка включає в себе досуїцидальний (або **пресуїцид**) період, період реалізації суїцидальних намірів (власне **суїцид** або **парасуїцид**, якщо дія не закінчилась смертю) і постсуїцидальний (**постсуїцид**) період.

У пресуїциді початковим етапом можна вважати появу суїцидальних думок. Під суїцидальними думками розуміють думки про смерть, суїцид або серйозне самоушкодження [58, с. 7]. Російський суїцидолог В. С. Єфремов виділяє досуїцидальний період, зміст якого складають антивітальне переживання, яке передує появі суїцидальних думок (ідеацій). У цей період формуються роздуми про відсутність цінності життя. Тут немає уявлень про власну смерть, а є тільки заперечення цінності життя («Хіба це життя?», «Не живеш, а існуєш», «Жити не варто», «У цьому житті померти – не новизна, але й жити, звичайно, не новіше» і т. п.) [56, с. 163]. Це фон, на якому виникають конкретні суїцидальні феномени. В. С. Єфремов вважає, що найбільш адекватно його можна визначити терміном **«ангедонія»** – втрата здатності переживання радості, щастя. Однією з найбільш частих причин виникнення її виступає поєднання різних суїцидогенних факторів як особистісного, так і середовищного характеру. Водночас автор підкреслює, що ангедонія – це фон, на якому формується суїцидальна ідеація, але не однозначна причина, тобто вона зовсім не обов'язково призводить до суїцидальних тенденцій.

Е. С. Пайкел та ін. (1974) доповнили класифікацію суїцидальної поведінки почуттям «утоми від життя» й бажання смерті, що можна розглядати як самостійні феномени і передвісники суїцидального мислення [35, с. 59]. Ці уявлення використовував також Дж. Бескоу (1979). Його модель суїцидальної поведінки описує процес, який має свою передісторію, із подальшим формуванням «утоми від життя» до бажання померти і далі, до суїцидальних думок, спроб самогубства і завершеного суїциду [35, с. 59].

Пресуїцидальний період – наступний етап формування суїцидальної поведінки, він відзначається появою суїцидальних думок. В. Ф. Войцех зазначає, що часом важко буває знайти межу між серйозними думками про суїцид і суїцидальну спробу [35, с. 59]. До того ж він звертає увагу

на те, що дані рандомізованих досліджень різних популяційних груп у різних країнах відрізняються. В. Ф. Войцех посилається на дані І. Рамблер, Д. Вассерман про те, що частота виникнення суїцидальних думок у популяції дорівнює 9-13 %, протягом усього життя – 3-5 % і реалізація суїциду у вигляді спроби – 0,2-0,6 %.

А. Г. Амбрумова і В. А. Тихоненко (1980) описують цей етап як **латентний пресуїцид**. Особистість у цей період перебуває в стані соціально-психологічної та психічної дезадаптації, а також «мотиваційної готовності» до суїциду. Однак оформлені ознаки суїцидальної активності відсутні. У поведінці відзначаються підвищена тривожність, мінливість настрою, порушення міжособистісних стосунків, асоціальні вчинки, алкогольні ексцеси. Характерні суїцидальні фантазії і суїцидальні думки періодично виникають у людей, що ніколи не здійснювали суїцидальних спроб, ознаки латентного суїциду трапляються досить часто. За даними шведського дослідника Т. Халлстрема (1977), 14,9 % обстежених ним здорових жінок відзначали в себе суїцидальні думки, а 22,3 % із них говорили, що «взагалі жити не варто».

Американський суїцидолог А. Бек розрізняє пасивні та активні суїцидальні думки.

Пасивні суїцидальні думки носять недиференційований характер і не пов'язані з формуванням суїцидального плану («Іноді в мене виникають думки про те, що не варто жити, але я ніколи не зроблю цього»). До цієї групи також відносять випадки, коли індивід фантазує про свою смерть, але поки ще не допускає можливості самогубства («Добре було б заснути і не прокинутися»), або фантазує щодо реакції близьких людей на свою смерть («Тоді всі говоритимуть, що несправедливо ставилися до мене»).

Активні суїцидальні думки, що розцінюються як суїцидальна тенденція, пов'язані з активним наміром убити себе («Я покінчу із собою, коли випаде нагода», «Усім буде краще, якщо я помру»). До цієї групи також відносять думки, пов'язані з обмірковуванням найбільш відповідного способу самогубства, місця й часу суїцидального акту, тобто з плануванням майбутнього суїциду. Установлено, що наявність розробленого суїцидального плану і реальна можливість для його виконання є однією з найбільш важливих ознак, що вказує на високу ймовірність здійснення самогубства, і вимагає негайного надання спеціалізованої допомоги індивіду (Т. Е. Джайнер, 2003). Їх можна представити також як суїцидальні задуми.

Суїцидальні задуми можуть виникати за трьома сценаріями:

1) *імпульсивне* формування суїцидальних думок: думка виникає спонтанно, зовні незалежно від попереднього змісту психіки. Часто це призводить до скоєння т. зв. «блискавичного суїциду». Має місце афективне звуження свідомості;

2) розгорнуте формування суїцидальних думок: людина «логічно» обґрунтовує необхідність здійснення суїциду, відбувається також підсвідомо переробка конфліктної ситуації, виражена ангедонія. Тема смерті домінує у сновидіннях, спогадах, думках, асоціаціях. Одночасно включаються антисуїцидальні механізми, що тягне за собою боротьбу мотивів;

3) змішаний сценарій.

Поряд із характером суїцидальних думок (пасивний або активний), враховується їх тривалість і частота. Якщо суїцидальні переживання відзначаються в індивіда понад 12 місяців, прийнято говорити про *хронічні суїцидальні тенденції*.

Модель стрес-діатезу (Дж. Манн, Д. Васерман) показує, що існує схильність до суїцидальної поведінки, а також обставини, що зменшують вразливість (захисні фактори) і сприяють самогубству або суїцидальній спробі (фактори ризику).

Ми, у свою чергу, пропонуємо розглянути психологічну структуру індивіда з наявністю суїцидальних думок в анамнезі, визначивши, чи можливі деякі патерни в ній, незалежно від того, переходили чи ні думки в наміри й далі, у зовнішні форми (суїцид і парасуїцид).

Нами було проведено дослідження 160 осіб, в основному студентів миколаївських вузів [69]. Дослідження проводилося з 2008 до 2012 р. У процесі роботи ми зацікавилися наявністю або відсутністю у т. зв. «здорових» респондентів суїцидальних думок протягом життя. Результати розподілилися так: «Ні» (група А) = 95 осіб (59,62), «Так» (група В) = 65 осіб (40,36 %). У групі респондентів із суїцидальними думками (група В) ми виділили підгрупу – 11 осіб – із суїцидальною спробою в анамнезі.

Нами застосовувалися також психодіагностичні інструментарії для оцінки характеристик особистості, емоційного стану та життєвого тону на момент дослідження, а саме: а) особистісний опитувальник NEO-PI-R, розроблений американськими психологами П. Г. Коста, Р. Р. Маккрей [159], у його російськомовній сертифікованій версії [103]; б) шкала депресії Бека; в) показник благополуччя ВООЗ (WHO Well-Being Index, надалі – WHO); д) шкала безнадійності; е) шкала оцінки насильницьких дій Плутчика; е) шкала характеристик гніву TAS, що складається з двох субшкал – temperament (t) і reaction (r).

Для оцінки ролі тих чи інших факторів, які можуть бути стресогенними, і ступеня цих стресорів ми використовували опитувальник «Події життя». Він включає 28 позицій, що охоплюють травматичні події в навколишньому середовищі. Для можливості адекватного порівняння важливості кожної позиції, у тому числі й між групами обстежених,

було розроблено систему коефіцієнтів, що припускають обчислення їх за окремими подіями й інтегральним коефіцієнтом (SUMLE) із його логарифмом (LNS) ступеня травматизму життєвого стилю.

Ціннісно-мотиваційна сфера учасників дослідження визначалася методикою «Цільова спрямованість особистості». Віднайдені респондентами цілі за віддаленістю можуть бути близькими, що вирішують адаптивні питання; середніми, що стосуються проблем навчальної та професійної сфер; далекими – високі, альтруїстичні цілі. Крім того, визначався рівень саморозвитку особистості, що включає процеси самореалізації, самовизначення, самовдосконалення і самоактуалізації.

Задля виявлення латентної структури особистісного простору респондентів нами було проведено факторний аналіз результатів вищезазначених методик. Кількість головних компонентів (5) визначалася за графіком власних значень. У ролі значущої змінної приймалося факторне навантаження 0,40 за модулем. Результати розподілу ознак між виділеними факторами впорядковані відповідно до навантажень, з якими вони входять у відповідний фактор. Факторний аналіз проводився окремо для груп А і В.

Аналіз зв'язків показників за результатами обстеження дозволяє виокремити такі чинники. У першому факторі групи А (11,69 % пояснення дисперсії) поєднані шкала Е NEO-PI-R та її субшкали, виражають сферу **активності**: екстраверсія (вагове навантаження 0,918), упевненість (0,778), позитивні емоції (0,747), сердечність (0,709), діяльність (0,707), товарицькість (0,667). У цілому параметри фактору відображають внутрішню позитивність особистості, оптимізм.

Другий фактор у групі А (9,05 % поясненої дисперсії) можна інтерпретувати як **внутрішню організованість**. У нього входять фактор добросовісності (С) NEO-PI-R і її субшкали, що виражають ступінь цілеспрямованості суб'єкта і свідомого контролю ним своєї поведінки та діяльності, управління імпульсами. Інтегральний фактор С із навантаженням 0,919, самодисципліна (0,821), порядок (0,764), компетентність (0,675), обмірковування вчинків (0,66), свідомість (0,642).

Третій фактор у групі А (7,42 % поясненої дисперсії) можна інтерпретувати як **емоційність**, оскільки змінні, пов'язані цим явищем, мають найвищі навантаження: шкала схильності до гніву TAS (0,788), темперамент (0,685), реактивність (0,635), ворожість (0,662), нейротизм (0,48). У цей фактор входить також змінна «близькі цілі» (0,45), вирішальні адаптивні проблеми, тому можна вважати, що фактор відображає поведінку в певній ситуації.

Четвертий фактор у групі А (6,4 % поясненої дисперсії) можна інтерпретувати як **приязнь**, оскільки змінні, пов'язані з ним, мають найвищі навантаження: фактор поступливості NEO-PI-R А (0,843), довіра (0,682), чуйність (0,661), скромність (0,616), альтруїзм (0,57), згоду (0,528).

П'ятий фактор у групі А (6,23 % поясненої дисперсії) визначений нами як **зовнішні умови ситуації**, оскільки змінні, пов'язані з ним, мають найвищі навантаження: інтегральний показник негативних життєвих подій SUMLE (0,875), спроби сексуальних домагань (0,605), переживання самотності (0,567), соціальні і фізичні проблеми близьких людей (0,556), економічні проблеми (0,508), конфлікти (0,493).

У групі В перший фактор (10,04 % поясненої дисперсії) можна інтерпретувати як **негативний вплив зовнішнього середовища**, оскільки провідним тут є інтегральний показник негативних життєвих подій SUMLE і логарифм його LNS відповідно 0,921 і 0,763. Фактор об'єднує негативні події та переживання, які чинять дисфункціональний вплив на особистість: матеріальна невлаштованість (0,603), випадки фізичного насильства (0,601), нещасні випадки, що загрожують життю (0,555), суїцидальні спроби в анамнезі (0,551), схильність переживати агресивні почуття (0,505), випадки суїциду в близькому оточенні (0,492), що може бути передумовою для виникнення суїцидальних ідеяцій. Слід зазначити, що в дослідженій нами раніше групі парасуїцидентів суїцидальний досвід виділився в самостійний фактор, що свідчило про значний вплив попередніх суїцидальних ситуацій [74]. До того ж привертає увагу представленість у факторі процесу самовдосконалення (0,527), що можна розглядати як спроби осмислення стану і компенсацію.

Другий фактор (9,45 % поясненої дисперсії) у групі В можна інтерпретувати як **внутрішню депресивну позицію**, тому що змінні, пов'язані з цим явищем, мають найвищі навантаження: занепокоєння (0,847), депресія (0,758), нейротизм (635), сором'язливість (0,58), труднощі з виконанням соціальних обов'язків (0,567), психологічний дискомфорт (індекс WHO – 0,554). Сюди ж входить чинник А (поступливість) опитувальника NEO-PI-R, що визначає якість відносин з іншими. Це можна розцінювати як пошук підтримки від оточуючих і відмову від власних інтересів; змінна корелює з занепокоєнням ($r = 0,452$) і депресією ($r = 0,403$) і негативно – з екстраверсією ($r = -0,33$) і пошуком збудливого ($r = -0,512$).

Третій фактор у групі В (9,38 % поясненої дисперсії) можна інтерпретувати як **рефлексію**, тому що змінні, пов'язані з цим явищем, мають найвищі навантаження. У нього входять фактор добросовестності (С) NEO-PI-R (0,919) і його субшкали: компетентність (0,786),

свідомість (0,785), обмірковування вчинків (0,777), самодисципліна (0,77), порядок (0,667).

Четвертий фактор у групі В (8,61 % поясненої дисперсії) можна інтерпретувати як **активність**, оскільки змінні, пов'язані з цим явищем, мають найвищі навантаження: активність (0,782), екстраверсія (0,773), упевненість (0,656), сердечність (0,627), чутливість (0,62), прагнення до досягнень (0,568), довіра (0,51). У цей же фактор входить процес самоактуалізації, тому що подібні цілі пов'язані з активністю і самостійністю особистості (0,489), що сприяє позитивним емоціям (0,437).

П'ятий фактор у групі В ми розцінюємо як **негативну емоційність**. Сюди належать змінні інтегрального показника TAS і його субшкал t (темперамент) і r (реактивність), відповідно: 0,81; 0,697; 0,565, ворожість (0,556) і тип цільової спрямованості, названий «упертість»: особистість відрізняється ригідною установкою і не змінює свого ставлення до цілей навіть після усвідомлення їхньої значущості (0,463). Можливо, це свідчення нерезалізованого, пригніченого гніву. Сюди ж належить сумарний показник висунутих цілей (0,451), що, можливо, характеризує емоційний фон процесу визначення мети.

Статистичний аналіз за критерієм Стьюдента підтверджує переважання в представників групи В, порівняно з представниками групи А, нейротизму ($p < 0,001$), тривожності ($p < 0,01$), депресії ($p < 0,001$), уразливості ($p < 0,01$). Вони менш резистентні до травматичних подій життя ($p < 0,001$), зокрема нещасних випадків, що загрожували життю ($p < 0,05$), переживань самотності ($p < 0,001$), невдоволення своїм фізичним виглядом ($p < 0,001$), випадки суїциду були більш часті в їхньому найближчому оточенні ($p < 0,01$). Представники групи А більш товариські ($p < 0,01$) і налаштовані на досягнення ($p < 0,05$).

Крім того, підгрупа респондентів, що мають в анамнезі суїцидальні спроби, відрізняється від респондентів групи В більш високим рівнем безнадійності ($p < 0,05$) і пошуком збудливого ($p < 0,02$), що свідчить про поведінку, пов'язану з ризиком, а також впливом стресорів, LNS ($p < 0,05$).

Отже, можна відзначити, що факторна структура двох груп є інверсованою: фактори, які в групі А перебувають на останньому місці, у представників групи В є провідними, і навпаки; зокрема, схильність до негативного впливу зовнішнього середовища в респондентів із суїцидальними думками є провідними, так само як і складові нейротизму. Слід зазначити, що показники NEO-PI-R засновані на моделі «великої п'ятірки», параметри якої (нейротизм, екстраверсія, відкритість для досвіду, поступливість і добросовісність) значною мірою детерміновані

генетично [81]. Можна також припустити, що суїцидальні думки наділяються в представників групи можливостями вирішення життєвих ситуацій.

Отже, слід відзначити наявність у респондентів із суїцидальними думками в анамнезі стійких патернів, які потенціюють парасуїцидальній поведінці.

Коли до суїцидальних думок приєднується вольовий компонент, що спонукає до безпосередньої реалізації суїцидальної дії, цей етап кваліфікується як **суїцидальні наміри**. Отже, пресуїцидальний період охоплює проміжок часу від першої появи суїцидальних думок і спонукає до прийняття рішення про суїцид. Він може тривати від декількох хвилин, т. зв. **гострий пресуїцид**, до кількох місяців – **хронічний пресуїцид**.

За гострого пресуїциду суїцидальні думки імпульсивні, суїцидальні наміри з'являються відразу, минаючи етап антивітальних переживань і пасивних суїцидальних думок.

Відомий американський суїцидолог А. Бек зазначав, що силу суїцидального наміру або ступінь його вияву можна розглядати як точку якогось континууму, де один полюс – це твердий намір покінчити з життям, інший – представлений твердим наміром продовжувати жити. Тут доречно згадати постулат Е. Шнейдмана про те, що загальним ставленням до самогубства є амбівалентність. Форми суїцидальних намірів можуть бути різні – від т. зв. «російської рулетки» (тобто готовності покласти на випадок до повідомлення значущій особі про вже зроблені дії щодо саморуйнування з метою помсти або пропозиції їй прийняти рішення: чи продовжувати самогубцю жити?). Утім, як зауважує А. Бек, більшість депресивних пацієнтів (А. Бек – визнаний фахівець когнітивістської моделі вивчення і терапії депресії) щирі у своїх прагненнях і не переслідують інших бажань, крім бажання покласти край своїм мукам.

Під час оцінки глибини й важливості соціально-психологічної дезадаптації слід враховувати три компоненти:

- 1) серйозність порушення звичних умов життя;
- 2) інтерпретацію людиною ситуації, що змінилася (крах, безвихідна ситуація, особиста катастрофа чи епізод у міжособистісних стосунках);
- 3) бажання або готовність проявити зусилля, щоб пристосуватися до нових умов.

Другий і третій компоненти найбільш істотні під час прийняття суїцидального рішення.

Період реалізації суїцидальних намірів включає планування майбутнього суїциду (вибір найбільш прийняттого способу, місця, часу

вчинення суїцидального акту), підготовку до нього (завершення всіх справ, написання передсмертної записки і т. д.), здійснення суїцидальних дій.

Є. Шир виділяє такі типи суїцидальних дій:

1) **непереборні** – характеризуються переважанням вираженої аутоагресивної компоненти. Аутоагресія має місце при змінених станах свідомості, психотичних станах, у тому числі в осіб з органічним ураженням головного мозку;

2) **навмисні** – відрізняються тим, що такого роду суїциди ретельно й обачливо плануються стосовно часу, місця і способу вчинення, і цей план із наполегливою послідовністю виконується:

3) **імпульсивні** – характеризуються раптовістю;

4) **амбівалентні** – у цьому випадку співіснує аутоагресивний компонент і поведінка, яка орієнтована на оточуючих, а також амбівалентність щодо способу самогубства. Саме для цього типу суїцидальних дій характерні суїцидальні спроби з подальшим криком «Допоможіть!»;

5) **демонстративні** – як правило, реакція на психотравматичну ситуацію. Тому суїцид нерідко відбувається в присутності конфліктогенної особи [142].

За т. зв. «істинного» суїциду намір покінчити із собою розвивається протягом тривалого часу – підготовка до акту суїциду може охоплювати від декількох днів до декількох років. Суїцидент довго аналізує причини і можливі наслідки самогубства, розглядає різні способи й оцінює їх ефективність і надійність, планує найбільш надійний сценарій суїцидальної дії. Суїцидент враховує анатомію і фізіологію організму людини, фізіологію процесу вмирання (агонія, клінічна та біологічна смерть).

Безпосередньо предиктором самогубства в суїцидента може проявитися т. зв. *термінальна поведінка* – людина «впорядковує свої справи»: складає заповіт, просить вибачення в давніх ворогів, робить прощальні подарунки друзям, закриває рахунок у банку, віддає борги, проводить у квартирі генеральне прибирання. Іноді суїцидент здійснює низку дій, спрямованих на зменшення негативних наслідків його суїциду для оточуючих (наприклад, голиться, миється, переодягається в чисту білизну, здійснює попередню дефекацію та сечовипускання). Психологічно це може означати вибачення за заподіяні незручності.

Слід зазначити, що будучи мікросоціально зумовленими, більшість суїцидальних дій спрямовані не стільки на самознищення, скільки на відновлення порушених соціальних зв'язків з оточуючими. Багато людей, з якими доведеться спілкуватися соціальним працівниками в ситуації суїцидального ризику, із гострими суїцидальними реакціями, є практично здоровими людьми (включаючи осіб з акцентуаціями

характеру). Гострі ситуаційні реакції виникають у результаті міжособистісних конфліктів, як правило, раптових, несподіваних для особистості.

Гострі суїцидальні реакції являють собою структуровану особисту відповідь на певне ситуаційне навантаження, яке виявляється певним емоційним станом і відповідною поведінкою.

Найбільш загальними проявами суїцидонебезпечних реакцій в **афективній** сфері є: інтенсивні негативні емоції – тривога, неспокій, туга, образа, відчуття власної неспроможності, безпорадності, самотності. У когнітивній сфері: у результаті психотравматичної події в індивіда виникає неадаптивна концепція втрати. Ця концепція буде песимістичну картину актуальної ситуації і майбутнього, викликає труднощі в конструктивному плануванні діяльності.

Порушення особистісної ідентифікації (спотворення образу «Я») включає в себе знижену оцінку власних особистісних можливостей, у результаті чого зменшується здатність суб'єкта до прийняття рішень, посилюється переживання власної неповноцінності. Одночасно порушується впевненість у тому, що людина зможе витримати інтенсивні негативні емоції. Готовність же до переживання афективної напруги – необхідна умова подолання критичної ситуації.

Порушення поведінки: порушення осіб із суїцидальними намірами часто бувають імпульсивними і непродуктивними, учинки часто носять пошуковий характер.

Структура гострих суїцидальних реакцій має такий вигляд:

- 1) період психотравми (із фіксацією на ситуації) – триває від декількох годин до двох-трьох діб;
- 2) період дезорганізації – триває від однієї-двох діб до двох тижнів;
- 3) період адаптації до втрати («прийняття ситуації»).

Перехід від одного періоду розвитку суїцидальної реакції до іншого відбувається поступово. Кожен період характеризується притаманними йому емоційними і поведінковими розладами. Найбільш суїцидонебезпечним вважається період дезорганізації: складається враження про непоправність становища, невитримуваність напруги, тривоги і печалі, виснажуються «захисти» і хочеться за будь-яку ціну піти від негативних емоцій. Період відновлення після перенесеної реакції – від одного до трьох місяців.

Виділяють такі реакції, які є потенційно суїцидонебезпечними:

1. Реакція егоцентричного перемикання. Виникає раптово, відбувається швидкоплинно, суїцидентом обирається перше-ліпше під рукою знаряддя. Рішення тверде, зупинити людину від фатального кроку важко: проте незабаром з'являється критичне ставлення до акту і шкодування про подію.

2. Реакція психалгії – афективна реакція душевного болю на високі ступені негативних емоцій. Модальність афектів може бути різною: тужливі, тривожні, дратівливі. За цієї реакції – значний ризик завершених суїцидів, а після можуть бути рецидиви.

3. Реакція переживання негативних інтерперсональних відносин (ідеться про значущих для суїцидентів осіб). Характерна ланцюгова реакція, коли, прагнучи відірватися від джерела болю, людина ще сильніше притягається до нього. Пресуїцидальний період більш тривалий. Часто зустрічаються демонстративно-шантажні спроби, за яких суїцидент хоче, щоб джерело конфлікту знало про його наміри.

4. Реакція негативного балансу – самогубство в результаті «підбиття життєвих підсумків», зважування всіх «за» і «проти». Таке самогубство ретельно і приховано готується, щоб померти напевно. При цьому відсутня афективна напруженість (т. зв. «холодний пресуїцид»). Реакція характерна для хворих невиліковними хворобами, літніх людей і надзвичайно важко піддається корекції.

5. Реакції дезорганізації характеризуються емоційною напруженістю, афективною фіксацією на психотравматичній події, зниженням інтелектуального контролю, що призводить до дезорганізації поведінки. Особам із цими реакціями, як правило, властиві максималізм в оцінках того, що відбувається, безкомпромісність, невміння прогнозувати наслідки в конфліктних ситуаціях, що вимагають гнучкості поведінки. Гостре почуття образи, гніву, обурення, тривоги, що виникає, заважає людині правильно оцінити ситуацію, яка склалася, знайти адекватні шляхи її подолання. Суїцидальні тенденції з'являються раптово, швидко відбувається реалізація їх у дію. Способи суїцидів, як правило, мало продумані, із використанням предметів, що випадково потрапили під руку. Реакції протікають гостро і, як правило, швидко купіруються.

Вибір способу самогубства залежить від багатьох факторів: конкретна ситуація, доступність засобів, етнокультурна приналежність, естетичні установки, інтенсивність суїцидальних тенденцій.

Якщо самогубство не завершилося летальним результатом, то до загальної схеми розвитку суїцидальної поведінки додається ще один період – постсуїцид.

Постсуїцидальний період – це часовий проміжок після скоєння суїцидальної спроби. А. Г. Амбрумова і В. А. Тихоненко [10] виділяють три періоди в розвитку постсуїцидального стану:

- 1) найближчий або гострий постсуїцид – перший тиждень після скоєння суїцидальної спроби;
- 2) ранній постсуїцид від тижня до місяця після спроби;
- 3) пізній постсуїцид – наступні чотири-п'ять місяців.

Постсуїцид поділяється на чотири типи:

1. Критичний постсуїцид. Конфлікт втратив свою актуальність; суїцидальних тенденцій немає; ставлення до досконалої спроби негативне, із почуттям провини й сорому перед оточуючими, страхом перед можливим смертельним результатом суїцидної спроби і розумінням того, що замах на своє життя не вирішує ситуації.

2. Маніпулятивний постсуїцид. Конфліктна ситуація покращилася для пацієнта під впливом його суїцидальних дій; суїцидальних тенденцій немає; ставлення до досконалої спроби рентне; закріплення суїцидальної поведінки як способу впливу на оточуючих, перехід до демонстративно-шантажної поведінки.

3. Аналітичний постсуїцид. Суїцидальний конфлікт залишається актуальним, проте суїцидальні тенденції не виражені; ставлення до суїцидальної спроби критичне, аналітичне; виникає розуміння, що суїцидальні дії не вирішують конфлікт; шукаються нові шляхи вирішення. Якщо вони виявляються неефективними і конфлікт залишається актуальним, то можливий повторний суїцид із великим ризиком летального результату.

4. Суїцидально-фіксований постсуїцид. Найбільш небезпечний у плані повторного самогубства найближчим часом, тому що конфлікт залишається актуальним зі збереженням суїцидальних тенденцій. Ставлення до суїциду позитивне.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Дайте визначення всім основним поняттям теми.
2. У чому різниця між пасивними та активними суїцидальними думками?
3. Які є сценарії створення суїцидальних задумів?
4. У чому особливості хронічних суїцидальних тенденцій?
5. Визначте види суїцидонебезпечних реакцій та особливості кожної з них.
6. Проаналізуйте оповідання Л. Андрєєва «Мовчання». Опишіть особливості пресуїцидального періоду в житті героїні.
7. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розміркувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Розділ 5

ДЕТЕРМІНАНТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Термін «детермінанти» в суїцидологічному контексті запропоновано російським суїцидологом В. С. Єфремовим для позначення суїцидогенних факторів, що відіграють роль у формуванні суїцидальної поведінки. Ми розглядаємо його як різноманіття аспектів, що супутні самогубству та сприяють суїцидогенезу.

5.1. Час і місце здійснення суїцидальної спроби

Вивчення циклічності самогубств і встановлення емпіричних закономірностей у цій сфері могло б сприяти більш глибокому закономірному природи і джерел суїцидальної поведінки.

Уперше тимчасові варіації в скоєнні самогубств були зафіксовані в роботі Х. Морселлі. Він виявив закономірності в сезонних коливаннях у щорічному розподілі суїцидів і поррахував, що країни з теплим кліматом найбільшою мірою сприяють самогубствам, верхній пік яких припадає на літні місяці, а нижній – на зимовий період. Отже, Х. Морселлі дійшов висновку, що температура має прямий вплив на схильність до самогубств: спека з її механічним впливом на церебральні функції робить людей більш схильними до суїцидів [183].

Тривалість дня – єдиний визнаний Е. Дюркгеймом несоціальний фактор, що впливає на самогубство. Її вплив він пояснював через зв'язок із таким соціальним фактором, як найбільша інтенсивність соціального життя в найбільш тривалі дні року, унаслідок чого особливо гостро відчувається її дезорганізація і дезінтеграція [104, с. 159]. Е. Дюркгейм відкинув твердження про те, що кліматичні умови відіграють першорядну роль у генезі суїцидальної поведінки. У ході статистичного аналізу він виявив, що найбільш суїцидальною порою року є весна. Але відбувається це не внаслідок спеки, а в силу найбільшої інтенсивності соціального життя в ці періоди. На вчинення самогубств, вважав Е. Дюркгейм, впливають не темпоральні або кліматичні чинники, а їхні соціальні наслідки – інтенсифікація й ущільнення соціальної діяльності людей.

Російський соціолог П. Сорокін вважав, що більшість самогубств припадає на літо, потім – на весну, а найменше випадків стається

взимку [122]. Водночас він відзначав, що суїцидальна циклічність викликається, у першу чергу, «більш жвавим і тривалим громадським життям» [122].

Л. Даблін у своєму емпіричному дослідженні виявив, що частота самогубств помітно варіює залежно від пори року [162].

Дослідження Дж. Едвардса і Ф. Уайтлока в Австралії показало, що кількість суїцидів зростає навесні, проте сезонні відмінності виявилися статистично значущими [163].

В інших роботах було виявлено, що самогубства найбільш часто трапляються в понеділки, а також в полуденний час (Д. Лестер, 1971); верхнього піку їхня кількість досягає у весняно-літній період, у той час як нижній припадає на осінньо-зимові місяці (С. Каван, 1980). Г. Мальдонадо і Дж. Краус [180] у своєму дослідженні спираються на аналіз статистики самогубств, скоєних у Каліфорнії з 1925 до 1983 р., вони також дійшли висновку, що суїцидальна активність істотно залежить від часу доби і дня тижня: найменша кількість самогубств відбувається рано вранці (з 04:00 до 08:00); найбільша – щопонеділка.

Японські дослідники проаналізували зв'язок між добовими коливаннями, самогубством і максимальною температурою в усіх регіонах Японії за період із 1972 до 1995 р. Результати показують, що самогубство в Японії має сезонний характер і змінюється з року в рік, із піком у квітні, а також у першій половині тижня, особливо по понеділках і вівторках. Що ж стосується дня тижня, було тільки кілька випадків самогубств по суботах й у свята. Вони також виявили, що для всіх регіонів Японії, коли температура підвищується, кількість завершених самогубств у той же день збільшується [179].

Російський дослідник А. Ю. Мягков [98] зазначає, що досліджень про тимчасові характеристики суїцидів у Росії проводиться мало, а той матеріал, що існує, часто буває досить суперечливим. Так, за відомостями телефонної служби довіри Йошкар-Оли, самогубства частіше здійснюються в наприкінці зими – на початку весни, а найбільш «убивчими годинами» є ранкові (до 12:00) і денні (із 13:00 до 15:00). За даними дослідження, проведеного Г. І. Девятковою в Пермській області, найбільша кількість суїцидів (56,3 %) спостерігається в період із грудня до травня, причому верхній пік їх припадає на весняні місяці. Найбільш імовірним днем учинення самогубств, за повідомленням автора, є понеділок [49].

У дослідженні, проведеному науковим колективом під керівництвом О. Ю. Мягкова в Іванівській області, зафіксовано, що найчастіше спроби суїцидів відбуваються влітку (29 %). Потім по низхідній ідуть весна (28 %) й осінь (24 %), а мінімум самодеструктивних учинків припадає

на зимовий період (19 %). Найбільш суїцидальним місяцем року, судячи з отриманих даних, є липень, а найбільш благополучним – лютий. Разом із тим у квітні спроби самогубства відбуваються ненабагато рідше, ніж у липні (усього на 4,5 %). У цілому ж за рівнем суїцидів весна і літо різняться дуже незначно, а тому, – вважає автор, – є сенс говорити швидше не про літній, а про більш широкий і тривалий літньо-весняний пік суїцидальної активності. Що ж до осені та зими, то, на його думку, спостережений спад, порівняно з літніми місяцями, цілком очевидний: у вересні – листопаді кількість замахів на самогубство в середньому скорочується на 22 %, а в грудні – лютому – ще на 25 %. З іншого боку, зимові показники суїцидальності істотно нижчі від осінніх.

Відомим дослідником Я. Гилинським [42], а також рядом зарубіжних дослідників (зокрема, США та Австралії) висловлено припущення про існування верхнього і нижнього піків самогубств, що припадають відповідно на весняно-літній та осінньо-зимовий періоди. Однак той же А. Ю. Мягков зазначає, що ці дані розходяться з трендами, виявленими в російських регіональних дослідженнях, згідно з якими найбільша питома вага суїцидів спостерігається в грудні – травні з верхнім піком у весняні місяці.

В Україні тимчасову статистику здійснення суїцидів розглядала Л. М. Юр'єва. Вона зазначає, що про виражені тенденції та істинність намірів свідчать нічні або ранкові години приготування до смерті (крім блискавичних суїцидів). У першій половині дня здійснюється 32 % суїцидів, у другій половині дня – 44 %, уночі – 24 %.

У нашому дослідженні – понад 120 суїцидальних спроб у м. Миколаїв (2002-2007 рр.). У сезонному розподілі велика частка суїцидентів припала на осінь і зиму – по 30,1 %, на весну – 25,3 %, улітку нами зафіксовано 14,5 % суїцидальних спроб. Серед місяців року найбільш «суїцидогенні» жовтень, лютий, відповідно 15,7 % і 14,5 %, а також квітень і грудень – по 10,8 %. «Квітень – найжорстокіший місяць», – писав поет Т. С. Елліот.

У суїцидологічній науці відзначено т. зв. «ефект понеділка» (Г. Мальдонадо і Дж. Краусом для США, Р. Хассаном для Австралії [171], а також Г. І. Девятковою для Росії). Російський суїцидолог Д. І. Шустов, досліджуючи аутоагресивні дії в середовищі хворих на алкоголізм, також звернув увагу, що «фатальним» у сенсі здійснення спроби для його пацієнтів був понеділок, а найменша кількість спроб припадала на середу [144, с. 43]. Зауважимо, що і в нашому випадку найбільша кількість спроб припадає на понеділок (21,8 %), а найменша – також на середину тижня – четвер (8,3 %) [74]. Можливо, це пов'язано з тим, що після вихідних днів доводиться знову «вбудовуватися» в тонус буднів, а також з алкогольною депресією і синдромом абстинента в

суїцидентів, що мають проблеми в цій галузі, після вихідних днів, у нічні та ранкові години.

Водночас А. Ю. Мягков у своєму дослідженні зазначає, що найбільш часто спроби самогубства траплялися в неділі (16,8 %). У наступні дні тижня їхня кількість поступово знижувалась, досягаючи мінімуму в четверги (13,3 %), а потім знову починала наростати, демонструючи досить відчутний стрибок у недільні дні. «Загалом, – вказує автор, – суїцидальна статистика викликів швидкої допомоги не підтверджує наявності «ефекту понеділка». Причому А. Ю. Мягков також пов'язує цю «недільну активність» у тому числі і з алкогольним чинником: верхній пік дозвілля у «вихідні дні». Частота суїцидальних спроб варіює також і залежно від часу доби: верхній пік суїцидів припадає на вечірній час (20:00 – 23:00), у ранкові ж години (з 6:00 – 8:00) спостерігається явний спад самогубств.

У нашому випадку ми взяли часовий інтервал – чверті доби: I. 00:00 – 06:00, II. 08:00 – 12:00, III. 12:00 – 18:00, IV. 18:00 – 00:00. Найбільшу кількість спроб зроблено в IV чверті – 26, і в III – 25. У I чверті – 15 спроб, а в II – 13. Якщо ж розглянути частку спроб, що припадають на певну годину, то найбільше їх припадає на 00:00 – 7 спроб, 11:00 – 7 спроб, 19:00 – 5 спроб, 20:00 і 22:00 – по 4 спроби.

Що ж до місця скоєння суїцидальних спроб, то в нашому випадку 93 % суїцидальних спроб скоєно в домашніх умовах, 7 % – поза домом: на вулиці, у гуртожитку, на дачі. 60,3 % піддослідних вказали, що поруч або в контакті нікого не було, 25,6 % – що хтось був присутній, 15,4 % відзначили, що навмисно вибрали момент, коли втручання малоімовірно, більше половини (55,1 %) зовсім не думали про це. Приблизно така частка тих, хто вживав заходи обережності, щоб не бути виявленим: 6,3 % – пасивні, 8,9 % – активні.

5.2. Спосіб скоєння спроби

У суїцидологічній літературі методам (способам) суїциду приділяється несправедливо мало уваги. До того ж вибір способу, зняряд учинення суїциду може дати певну інформацію про особу або стан людини, замах на життя, тобто мати певну діагностичну цінність. Характеристика дій, спрямованих на припинення власного життя, стає істотним індикатором серйозності наміру припинення власного життя. Ми відносимо способи вчинення самогубства до зовнішніх умов суїцидальної ситуації. Способом самогубства за запропонованим формулюванням Л. Трегубова і Ю. Вагіна можна вважати різні дії, спрямовані на те, щоб позбавити себе життя. Методів самогубства налічується багато, суїцидологи варіюють їхню кількість; ми розглядаємо

спосіб скоєння спроби відповідно до шифрів МКХ-10 («Шифри зовнішніх причин захворюваності та смертності»). До них належать:

- 1) навмисне самоотруєння (десять варіантів цього способу);
- 2) навмисне самоушкодження шляхом повішання, удавлення й задушення;
- 3) навмисне самоушкодження шляхом утоплення;
- 4) навмисне самоушкодження шляхом пострілу з вогнепальної зброї (чотири варіанти цього способу);
- 5) навмисне самоушкодження із застосуванням вибухових речовин;
- 6) навмисне самоушкодження вогнем, димом;
- 7) навмисне самоушкодження парою, гарячими випарами та розпеченими предметами;
- 8) навмисне самоушкодження гострими предметами;
- 9) навмисне самоушкодження тупими предметами;
- 10) навмисне самоушкодження падінням із висоти;
- 11) навмисне самоушкодження падінням під рухомих об'єкт;
- 12) навмисне самоушкодження шляхом провокування аварії моторизованого транспортного засобу.

Щоправда, перелік пропонує ще два шифри, відповідно х83/х84: навмисне самоушкодження іншими уточненими або не уточненими способами. У цілому ж можна вважати, що цей список найбільш уніфікований на сьогодні. Із переліком шифрів самогубств МКХ-10 співвідноситься також «Медична шкала самоушкоджень» для оцінки фізичних наслідків і небезпеки для життя спроби самогубства. Шкала оцінює ступінь летальності від 00 (відсутність ушкоджень, лікування, стану повної свідомості, неспання) до 08 (смерть) для кожного з видів суїциду.

Крім того, існує поняття «засіб самогубства», за допомогою якого спосіб самогубства може бути реалізований (мотузка, різноманітні отруйні речовини, різні види холодної та вогнепальної зброї). За словами суїцидологів, немає такого предмета, про який можна було б сказати, що він спеціально створений для самогубства, як і немає такого предмета, який би не можна було використовувати як засіб самогубства. Кей Джемисон у книзі «Ніч опускається швидко» перераховує низку екзотичних методів: наприклад, п'ють киплячу воду; засовують у горло ручку швабри; протикають живіт штопальною голкою; заковтують шматки шкіри з залізом; стрибають у вулкан; запихають у глотку гузки індичок, ковтають динаміт, палаюче вугілля, нижню або постільну білизну; удавлюються власним волоссям; свердлять в голові дірки електродрелями; виходять роздягненими на мороз; засовують

шию в лещата; підлаштовують собі обезголовлення; роблять собі внутрішньовенне вливання горіхової маси або майонезу; врізаються в гору, ведучи бомбардувальник; прикладають до шкіри отруйного павука «чорна вдова»; топляться в баку з оцтом; задихаються в холодильнику; п'ють кислоту; ковтають вертушки; обліплюють себе п'явками; вішаються на чотках [176, с. 133-144].

Подібні дії, учинені з особливою бруталністю, свідчать про наявність вираженої суїцидальної інтенції і є показником афективно звуженої суїцидальної свідомості.

Фактори, що впливають на вибір способу самогубства різноманітні.

Важливі:

- 1) ступінь доступності засобів учинення суїцидальної дії;
- 2) знання потенційної «забійної» сили засобів;
- 3) психологічний сенс вибору засобів;
- 4) етнокультурні особливості способу суїциду;
- 5) естетичний фактор.

Питання про те, який із них превалує, може залежати як від внутрішніх умов ситуації (особистісні особливості суїцидента), так і від зовнішніх умов: на висоті афекту суб'єкт користується тим, що є під рукою. Часті випадки, коли використовуються засоби, доступні для індивіда в силу його професійних особливостей. Наприклад, самогубства із застосуванням вогнепальної зброї в армії і підрозділах внутрішніх військ, самоотруєння в лікарів і фармацевтів. Голландський історик А. ван Хоф, досліджуючи феномен жіночого самогубства в античному світі, зазначав, що зброї (мечі, кинджали, бритви) традиційно віддавали перевагу чоловіки: 204 випадків проти 39 використання зброї жінками [138]. Він же зазначає, що у всіх доіндустріальних суспільствах самоповішення – найбільш поширений спосіб: у деяких африканських культурах він складає до 90 % самогубств. У стародавніх греків повішення було найпоширенішим способом самогубства, і, згідно з джерелами, жінки вішалися частіше, ніж чоловіки (44 проти 33); це єдиний підвид самогубства, у якому жінки чисельно перевершували чоловіків. Для порівняння: у римському світі випадки самоповішення траплялися рідше – 27 прикладів, що збереглися в літературних джерелах.

Багато в чому це було пов'язано з різним статусом чоловіків і жінок у ту пору, а також з історичним поглядом на спосіб суїциду. Чоловік повинен «зберігати обличчя» і в прикордонних ситуаціях, повішення відкидалося як спосіб самогубства для благородної людини. Але те ж згодом стосувалося й жінок високого становища; не випадково Іокаста, мати й дружина Едіпа, у Софокла вішається, надалі в Евріпіда, вона покінчила з життям за допомогою зброї. В античному світі не було зображення повішаних до появи на християнських саркофагах зображень Луди.

Історично цей спосіб зустрічається в міфах і легендах: Один за легендою приніс себе в жертву через повішення. За Дж. Фрезером, подібні жертвоприношення – звичайні явища у світовій культовій практиці, що знаходить відображення і в символіці, зокрема в арканах знаменитої карткової колоди Таро (дванадцятий аркан) [133]. К. Г. Юнг пояснює цю символіку з психологічної точки зору: «підвішування ... має безперечну символічну цінність, оскільки повішення (підвішування і страждання для повішеного) символізує нереалізовані пристрасні бажання або напружене очікування» [79, с. 405].

Самоспалення виступали як ритуальні самогубства («гарі») у ряді релігійних сект; цей спосіб самогубства може носити і явно виражений характер демонстрації, залучати людей афектованих, істеричного складу – у силу своєї яскравої, вражаючої видовищності. Самоспалення рідко робляться поодиноці (наприклад, самоспалення чеського дисидента Я. Палаха, що мали до всього і явний характер політичного протесту, південнов'єтнамського буддійського ченця Тхить Куанг Дика або смуга подібних дій серед жінок у колишніх середньоазійських республіках).



Рис. 41. Самоспалення Тхить Куанг Дика

А. Є. Личко пов'язує способи, які обираються підлітками-суїцидентами, із типами суїцидальної поведінки. За демонстративної поведінки найчастіше використовуються порізи вен, потім отруєння неотруйними ліками і рідше зображення спроб самоповішення, дефе-

нестрація і т. п. За афективної суїцидальної поведінки швидше вдаються до спроб самоповішення або отруєння і набагато рідше – до порізів вен.



Рис. 42. Жертва самопорізів

За істинної суїцидальної поведінки частіше використовується самоповішення.



Рис. 43. Жертва самоповішення

У виборі способів спроб важливу роль відіграє реакція імітації – наслідування вчинків однолітків, почутого або побаченого, особливо нещодавно [90, с. 77]. Можливо, із цим пов'язані зачастілі останнім часом самогубства шляхом «навмисного стрибка з висоти» серед підлітків.



Рис. 44. Падіння з висоти

Оригінальний погляд на вибір способу самогубства належить одному з творців трансперсональної психології С. Грофу, про який ми вже згадували в першому розділі.

«... Не менш загадкове питання про особливості вибору засобів самогубства. Мабуть, повинен існувати тісний зв'язок між станом розуму депресивної особистості і типом самогубства, яке він обмірковує або намагається вчинити. Спонування полягає не просто в тому, щоб перервати своє життя, але зробити це особливим чином. Здається природним, що той, хто приймає смертельну дозу транквілізаторів або барбітуратів, не став би стрибати в провалля або під потяг. Однак вибірковість у засобах працює і в інший бік: особистість, яка вибрала криваве самогубство, не стане використовувати фармакологічні препарати, навіть якщо вони легкодоступні» [46].

С. Гроф виділяє два типи самогубства – насильницький і ненасильницький. Їх він також пов'язує з динамікою БПМ.

Ненасильницькі самогубства схожі з залежністю від алкоголю і наркотиків і відображають несвідоме прагнення найлегшим шляхом повернутися зі стану БПМ-II (початок пологів) у стан БПМ-I (внутрішньоутробне існування) і досягти недиференційованого стану «океанічної свідомості». М'які форми суїцидальних ідей цього типу виявляються в бажанні не існувати, поринути в глибокий сон, забути про все й ніколи не прокидатися. Справжні плани і спроби самогубства включають застосування великих доз снодійного або транквілізаторів, вдихання вуглекислого газу, утоплення, розтин вен у теплій воді і замерзання в снігу.

Насильницьке самогубство пов'язане з БПМ-III (проходження родовими шляхами). Для людини під впливом третьої матриці повернення в океанічний стан неможливе, оскільки шлях туди лежить через пекельну безвихідну ситуацію другої матриці, яка психологічно гірша, ніж третя. Оскільки перинатальний досвід підказує можливість звільнення через посилення больових відчуттів і вибухове визволення (пологи), серед суїцидальних фантазій і дій цієї категорії С. Гроф відзначає смерть під колесами потяга, автокатастрофи, перерізання горла, постріл у голову, заколювання себе ножом, стрибок із вікна, із вежі або в провалля.

Сербські дослідники Й. Пуріч-Пейакович і Д. Дуньїч [112] також знаходять символічний сенс у способі суїциду. Стрибок із вікна, із тераси, із мосту – політ. Утоплення – очищення, повернення в блаженство материнського лона, асоціації з міфічними змістами. Повішання – найбільш драматичне переживання першого подиху, перша боротьба між життям і смертю, її аналогом є істеричний клубок у горлі. Самоспалення – містична таємниця й могутність вогню, повне зникнення, покарання тих, що залишаються жити. Постріл у голову – маніфестація героїчної моралі та почесної смерті.

Важливу роль у виборі способу самогубства відіграє й естетичний фактор, те, що Л. Трегубов та Ю. Вагін називають принципом найменшої деструкції. У роботі Л. Трегубова і Ю. Вагіна «Естетика самогубства» зазначається, що жінкам-суїциденткам зовсім небайдуже, як вони будуть виглядати після скоєння самогубства. Автори виділяють три мотиви вибору способу самогубства. Перший мотив – за інших однакових умов людина прагне обрати той спосіб самогубства, який найбільше відповідає її уявленням про честь і красу; прийнятності і допустимості того чи іншого способу самогубства в певному соціальному середовищі. Другий – людина прагне обрати той спосіб, який, на її думку, веде до найменшого спотворення тіла. І третій – людина враховує те, які переживання викличе вигляд її тіла в оточуючих [130].

Мотиви вибору способу самогубства ілюструє передсмертний лист японського письменника А. Рюноске, написаного ним уже після прийняття остаточного рішення про самогубство: «Первое, о чем я подумал – как сделать так, чтобы умереть без мучений. Разумеется, самый лучший способ для этого – повеситься. Но стоило мне представить себя повесившимся, как я почувствовал переполняющее меня эстетическое неприятие этого... Не удастся мне достичь желаемого результата и утопившись, так как я умею плавать. Но даже если паче чаяния мне бы это удалось, я испытаю гораздо больше мучений, чем повесившись. Смерть под колесами поезда внушает мне такое же неприятие, о котором я уже говорил. Застрелиться или зарезать себя мне

тоже не удастся, поскольку у меня дрожат руки. Безобразным будет зрелище, если я брошусь с крыши многоэтажного здания. Исходя из этого, я решил умереть, воспользовавшись снотворным. Умереть таким способом мучительнее, чем повеситься. Но зато не вызывает такого отвращения, как повешение, и, кроме того, не таит опасности, что меня вернут к жизни; в этом преимущество такого метода...» [4].

Іронічну паралель можна знайти в І. Бродського в «Двадцяти сонетах Марії Стюарт»: «Я застрелиться пробовал, но сложно с оружием. И далее, виски: в который ударить? Портила не дрожь, но задумчивость» [24].

В. С. Єфремов зазначає, що, незважаючи на залежність вибору способу самогубства від безлічі факторів, що носять іноді ситуаційний або навіть випадковий характер (що, на нашу думку, ідентично), безсумнівно існують «переваги» форми суїциду, зумовлені традиційними поглядами на способи самогубства [56]. Наприклад, у Росії найбільш часто самогубство відбувається шляхом самоповішання, на другому місці – вогнепальні ушкодження, на третьому – отруєння. В Індії найбільш частий спосіб самогубства – самоотруєння (33,3 %), на другому – самоповішання (24,3 %). У США, де вогнепальна зброя продається досить вільно, $\frac{2}{3}$ самогубств відбуваються з використанням вогнепальної зброї, і навіть серед жінок-самовбивць (у яких традиційно на першому місці йдуть самоотруєння) 40 % використовували вогнепальну зброю.



Рис. 45. Самогубство В. В. Маяковського
(застрелився 14 квітня 1930 р.)

Водночас не можна ігнорувати середовищні фактори, зокрема в районах великих міст, де багато висотних будівель. Серед осіб, що покінчили життя самогубством, друге місце за частотою посідає

падіння з висоти. В. С. Єфремов згадує великі міста в Росії, Сінгапур, Гонконг. Із цим перегукується повідомлення В. С. Розанова про дані в Одеському регіоні, де 81 % самогубств становить самоповішання, далі в порядку спадання йдуть падіння з висоти, вогнепальні поранення, самопорізи, утоплення та отруєння. У сільській місцевості частота самоповішань перевищує таку в місті, проте в місті значно більше падінь із висоти, частішими є самопорізи, отруєння, падіння під рухомий транспорт. У жінок, порівняно з чоловіками, частіше прапляються падіння з висоти (12,5 % проти 3,4 %), утоплення (4,5 % проти 0,9 %), отруєння [65].

Серед суїцидальних спроб переважають самоотруєння. Тим часом за рівнем летальності самоотруєння посідають друге місце після самоповішання [56]. За даними В. Ф. Войцеха, самоотруєння вийшло на перше місце за кількістю спроб в такому мегаполісі, як Москва. Він же зазначає, що останнім часом збільшилася кількість самоотруєнь серед чоловіків, що відображає й естетичний компонент і, головне, безболісність способу [35, с. 144-148]. При цьому частка лікарських препаратів складає понад 65 % випадків, що багато в чому пояснюється доступністю їх. Низка авторів вказує на переважання психотропних препаратів [35], часто використовуються антидепресанти із суїцидальною метою, призначені для терапії афективних розладів, особливо серед жінок [35].

Дослідження, проведені нами серед осіб, які вчинили суїцидальну дію, що закінчилася смертю, показали, що 85,8 % парасуїцидентів у виборі засобів зведення рахунків із життям віддали перевагу отруєнню, здебільшого у зв'язку з тим, що більшість суїцидентів складала жінки, які обирають, як правило, більш «м'які» способи догляду. У нашому випадку часті отруєння ізоніазидом у зв'язку з випадками туберкульозу.

Самоповішання (4,71 %) у нашій групі стоїть на третьому місці за кількістю суїцидальних дій після отруєння та самопорізів (5,88 %) [74].

5.3. Тяжкість суїцидальної спроби

Ступінь тяжкості стану після суїцидальної спроби дають інформацію для оцінки серйозності намірів суїцидента і його соматичного статусу, а також прогноз подальшого розвитку стану з метою корекції. Ми розглядали тяжкість спроби відповідно до «Медичної шкали самоушкоджень», яка оцінює летальність суїциду. Цей інструментарій складається з відповідних шкал для кожного виду суїцидальної дії. Вони налічують 8 ґрадацій за принципом збільшення тяжкості стану від мінімального «0» до максимального – смерть «8». Серед пацієнтів з отруєннями, що складають основу масиву обстежених суїцидентів, більша частина (44,3 %) відповідає позначці «4» шкали самоушкоджень – «коматозний стан, відсторонюється в умовах впливу больових стимулів; рефлекси збережені; стан вимагає госпіталізації», 26,6 % – «у стані сну, але легко прокидається» (відмітка «3»).

М. Г. Алієв [3] виявив виражену залежність між ступенем тяжкості суїцидальних дій і характерологічними особливостями суїцидентів. Так, у групі товариських, афективно-нестійких і збудливих особистостей спостерігалися суїциди різного ступеня тяжкості, а в замкнених, тривожно-недовірливих – винятково середнього та важкого ступеня.

5.4. Вік

Вік – важливий прогностичний індикатор суїцидальної поведінки. На різних етапах він має свої особливості. Е. Дюркгейм [54] вказував, що самогубства стаються не раніше ніж із п'яти років і, поступово наростаючи, досягають максимуму в старості (60-80 років). За В. А. Тихоненко, найбільш чутливі до суїцидальної поведінки юнацький і літній віки, так як у ці періоди людина особливо часто звертається до проблематики сенсу життя, переглядає і формує підстави для його оцінки. Це положення підтверджується статистикою суїцидальної поведінки. «Піки» суїцидальної активності припадають на вік від 18 до 29 років (т. зв. пік молодості) і на вік старше за 45 років («пік інволюції»), причому в молодому віці переважають суїцидальні спроби, а в інволюційному – самогубства» [128].

У третині країн коефіцієнти смертності від самогубств найбільші серед молоді (наприклад, в Австралії, Сполученому Королівстві, Бахреїні, Канаді, Кувейті, Новій Зеландії, Шрі-Ланці, на Маврикій) [206].

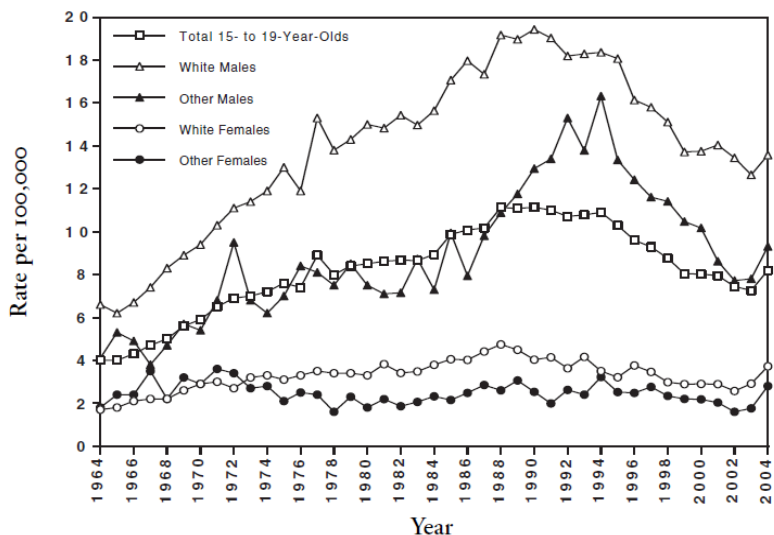


Рис. 46. Статистика суїцидів серед підлітків (15-19 років) із 1964 до 2004 р.

Статистика суїциду серед хлопчиків зросла утричі в середині 60-х і наприкінці 80-х рр. ХХ ст. Проте, починаючи з 1994 р., у більшості вікових груп спостерігалось 30 % зниження. У 2003 р. інтенсивність суїциду серед білих підлітків були найнижчою за останні 27 років, але більшу стурбованість викликає, що 2004 р., коли мав місце значний спад у приписуванні антидепресантних препаратів, статистика суїциду серед білих підлітків знову збільшилася.

Е. Гроллман [126] пише, що найбільша частота суїциду спостерігається у віці від 15 до 24 років, причому за минулі 30 років суїциди дітей від п'яти до 14 років зросли у вісім разів. Він пише, що суїцидальна молодь рідко хоче померти; вона бажає піти від обставин, які вважає нестерпними. Було з'ясовано, що в більшості випадків підліткових суїцидів дефіцит спілкування був важливим фактором в їхньому бажанні покінчити із собою [126].

Суїцидолог Є. М. Вроно зазначає, що суїциди дітей до десяти років вельми рідкісні, вона нараховувала не більше ніж 30 за всю свою тривалу практику [38].

Згідно з даними Держкомстату України, у країні за період 2000-2010 рр. зафіксовано 23 випадки самогубств дітей у віці семи-дев'яти років, із них хлопчиків – 19, дівчаток – четверо [125].

Дані МНС України за 2012 р. показують, що навмисні самоушкодження перебувають за смертністю на шостому місці серед нещасних випадків невиробничого характеру серед дітей віком до 14 років, а якщо додати до них пошкодження без уточнення їх раптового або навмисного характеру

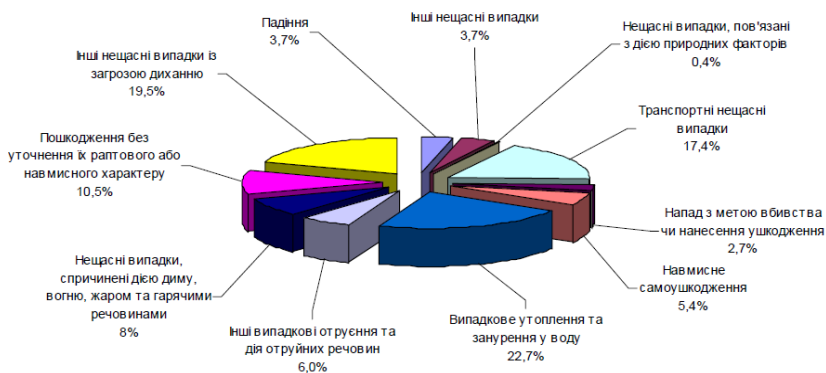


Рис. 47. Питова вага нещасних випадків невиробничого характеру зі смертельним наслідком в Україні за січень – вересень 2012 р. серед дітей віком до 14 років

Уявлення дітей про смерть істотно відрізняється від загально-прийнятого, нормативного, якщо ми маємо право говорити про норму в цьому випадку. Поняття кінця життя в них ще не сформовано, концепція смерті в дитини наближається до концепції дорослого приблизно до 11-14 років [109]. Водночас на окремих вікових етапах існують певні відмінності. М. Надь (1948) [148, с. 103] виявила, що діти до п'яти років розглядають смерть не як фінал, а як сон або від'їзд, надалі вона відзначала, що діти говорили про смерть як про якийсь рубіж. Дослідження М. Макінтайр (1972) підтвердили цю особливість. У багатьох дітей молодшого шкільного віку виражений страх смерті батьків, а страх власної смерті виражений у кожного другого школяра [64; 148, с. 104].

Суїцидонебезпечною буває реальна ситуація: нехтування дитиною, насильство над нею. Способи вельми травматичні, зазвичай це самоповішення або падіння з висоти.

Підлітковий вік – період кризи ідентичності – традиційно вважається одним із найбільш суїцидонебезпечних. Психічна організація підлітка дуже нестабільна, причому на всіх рівнях: емоцій, почуттів, інтелекту. Це і крайня нестійкість самооцінки, і максималізм, і неадекватне уявлення про власну компетентність та, зокрема, соціальну компетентність, і гогіршення настрою, тривожність, страхи. Психологічний компонент суїцидальної поведінки являє собою патерн, що складається з п'яти психологічних характеристик.

1. Егоцентризм. У підлітковому віці він розвинений дуже сильно. Світ підлітка здебільшого складається з нього самого, коли дитина потрапляє у важкі життєві умови, то починає переживати, страждати, замикатися в собі. Егоцентризм тут набуває характеру заперечення себе.

2. Аутоагресія. У підлітковому віці рівень агресії підвищується. Якщо формується негативне ставлення до себе, то агресія спрямовується на себе. Із точки зору складової аутоагресії, тут наявний емоційний компонент: тривога, почуття провини, депресія. Депресія і суїцид у підлітковому віці – «брати-близнюки», агресія ж – типова «маска» депресії в підлітків.

3. Песимістична установка. Внутрішньому стану підлітка часто бувають властиві «три Б»: безнадійність, безпорадність і безвихідь. Найбільш проблемною зоною є майбутнє. Як показують численні дослідження, безнадійність є навіть більш важливим предиктором суїциду, ніж депресія. Безнадія – це песимістичне ставлення до майбутнього. По відношенню до нього підліток відчуває страх і тривогу. На цьому тлі песимістична установка як психофізіологічна готовність

діяти в кризовій ситуації в підлітка розвивається швидше, ніж у дорослого.

4. Параноїдальні тенденції. За параноїдального стану відбуваються звуження свідомості та фіксація на певних цінностях. Остання, домінуючи, переходить у мету.

5. Несформованість ціннісно-орієнтаційної сфери. У підлітковому віці найбільш типові такі мотиви, що визначають соціальну поведінку, як протест і заклик до допомоги.

Уявлення про смерть у підлітків наближається до дорослого, але часто забарвлене в романтичні тони. Аутодеструктивні дії вчиняються підлітком часто для того, щоб змінити ситуацію на свою користь, наполягти на своєму, помститися. Поведінка підлітка, у тому числі й суїцидальна, часто реактивна.

Типи суїцидонебезпечних реакцій підліткового віку за А. Г. Амбрумовою та Є. М. Вроно [8]:

1. Реакція депривації (частіше – молодший та середній підлітковий вік). Характерні: втрата інтересів, пригнічення емоційної активності, прихованість, мовчазність, негативні переживання. В анамнезі – жорстке авторитарне виховання.

2. Експлозивна реакція (частіше – середній підлітковий вік). Характерні: афективна напруженість, агресивність, завищений рівень вимог, прагнення (часто необґрунтовані) до лідерства. В анамнезі – виховання в сім'ї, де ці реакції традиційні для дорослих. Мета суїцидальних дій у цьому випадку – прагнення помститися кривдникові, довести свою правоту. Як правило, суїцидальні дії вчиняються на висоті афекту; у постсуїциді критика суїцидальної поведінки формується не відразу, зберігається опозиційне ставлення до оточуючих.

3. Реакція самоусунення (середній і старший підлітковий вік із рисами незрілості). Характерні: емоційна нестійкість, сугестивність, несамостійність. Це, як правило, педагогічно запущені підлітки з невисоким інтелектом. Мета суїцидальних дій у цьому випадку – відхід від труднощів.

За оцінкою низки зарубіжних дослідників, суїцид є першою серед причин смертності в осіб у віці 25-34 років [111].

У цілому, якщо розглядати випадки самогубства в абсолютних величинах в Україні з 2000 до 2010 р., то можна відзначити їх неухильне зростання у віковому вираженні, де підйом припадає на віковий період від 35 до 54 років, а пік – на вікову категорію 45-59 років, т. зв. інволюційний пік [125]. Це певною мірою узгоджується із загальною закономірністю, за якої зростання рівня суїцидів припадає на кризовий вік, що настає в середині життя: у чоловіків після – 45 років, у жінок –

після 55. Для суїцидальної поведінки в інволюції, на думку дослідників [109], характерні:

- труднощі в набутті нових уявлень;
- ослаблення контролю за емоційними реакціями;
- тенденція до егоцентризму;
- невмотивовані зміни настрою.

Суїцидальні фактори інволюційного віку пов'язані з відсутністю сім'ї, близьких, почуттям самотності, розладом у сім'ї, конфліктами з оточуючими. Характерні істинні суїциди в результаті «підбиття життєвих підсумків».

Суїциди, до яких вдаються люди похилого віку в країнах, де на них припадає близько 10 % населення, становлять 25 % усіх суїцидів [189]. Розробники програми «Як нам зменшити кількість самогубств Україні?» відзначили, що чоловіки і жінки літнього віку залишаються групою високого ризику [65].

Л. Г. Магурдумова [91] вважає, що у віці 55-65 років спостерігаються кризові стани у відповідь на небажаний відхід на пенсію, зниження в посаді, неможливість здійснити свої творчі плани і задуми, зниження соціального статусу та сексуального престижу. Дуже часто після виходу на пенсію, коли людина втрачає можливість застосування своїх трудових навичок і різко звужується коло її соціальних контактів, вона починає відчувати свою самотність.

У віці 65-75 років спостерігаються психогенні реакції за типом депресивних із переживанням почуття пригнічення, несправедливого ставлення з боку членів сім'ї. Найбільш небезпечним є момент переходу з депресивної реакції в опозиційну. Суїциденти вважають, що оточуючі втручаються в їхнє життя, зазіхають на їхні права та цінності, суїцид може нести мотив покарання.

У результаті порівняльного аналізу соціальних характеристик і показників самогубств населення 54 країн у вікових групах 15-24 і 65-74 років виявлено відмінності в психологічних і соціальних предикторах самогубств для молодих і літніх. Самогубства літніх більш передбачувані на основі соціальних факторів відповідно до соціальної теорії Е. Дюркгейма [208].

Центр суїцидології під керівництвом А. Г. Амбрумової показав у своїх дослідженнях, що вік (і стать) виявляються значущими характеристиками в розподілі не тільки самогубств, але й замахів на самогубство (парасуїцид), причому чітко констатується диференціація за видами суїцидальної поведінки. Якщо завершені суїциди вчиняють переважно особи середнього та похилого віку і ймовірність позбавлення себе життя з віком дедалі збільшується, то під час аналізу суїцидальних

спроб спостерігається протилежна картина: замах на своє життя найчастіше здійснюється молодими жінками та підлітками (переважна більшість припадає на осіб до 29 років). У США, за даними Г. Хендіна (1984), співвідношення суїцидальних спроб і самогубств у цілому складає 10:1, а в молоді це співвідношення досягає 100:1. Це означає, що майже всі спроби в літніх людей серйозні, без маніпуляцій, тоді як суїцидальні спроби в молоді мають відтінок маніпулятивності – без серйозних намірів позбавити себе життя. Нарешті, В. Ф. Войцех [36] повідомляє про те, що з віком суїцидальний ризик у жінок неухильно підвищується, досягаючи свого максимуму після 75 років.

Українські суїцидологи Г. Я. Пилягіна і М. І. Винник [107] підраховали кількість втрачених років життя за методикою підрахунку втрачених років потенційного життя серед працездатного населення у вікових групах від 15 до 64 років у 2005 р. в Україні та отримали шокуючу цифру – 148 861 рік (див. табл. 1). Економічне значення цього складає 65 923 287 тис. грн, що дорівнює 15,5 % від валового внутрішнього продукту 2005 р. (у фактичних цінах).

Таблиця 1

Розрахунок кількості втрачених років працездатного життя для осіб, які здійснили самогубство 2005 р.

Критерії врахування	Вікові групи (в роках)									
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Кількість самогубств серед чоловіків у 2005 р.	259	602	746	721	799	950	1 037	985	703	462
Кількість можливих років працездатності для окремої вікової групи	42	37	32	27	22	17	12	7	3	1
Кількість втрачених років працездатного життя	10 878	22 274	23 872	19 467	17 578	16 150	12 444	6 895	2 109	462
Кількість самогубств серед жінок у 2005 р.	68	71	87	95	100	120	142	153	146	119
Кількість можливих років працездатності для окремої вікової групи	40	35	30	25	20	15	10	5	3	1
Кількість втрачених років працездатного життя	2 720	2 485	2 610	2 375	2 000	1 800	1 420	765	438	119

Динаміку суїцидів у статевовіковому аспекті в Україні ілюструє рис. 48.

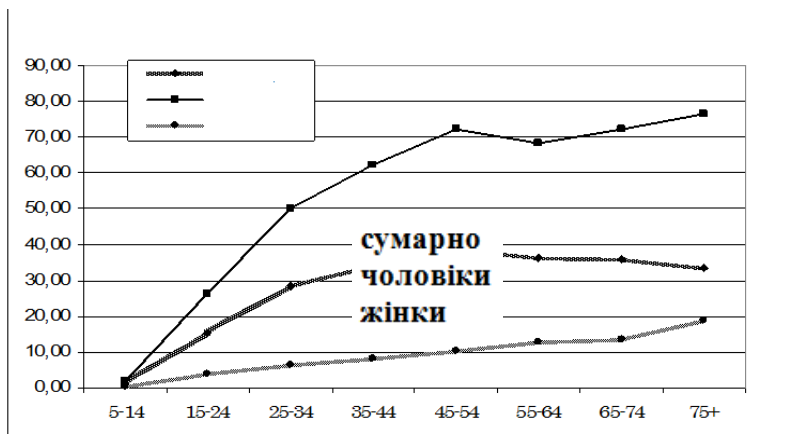


Рис. 48. Рівні самогубств на 100 тис. населення в Україні, відмінності за статтю й віком

Дані за 2002 р., джерело: Rozanov V. A. Successful model of suicide prevention in the Ukraine military environment / V. A. Rozanov, A. N. Mokhovikov, R. Stiliha // Crisis. – 2002. – V. 23, № 4. – P. 171–177 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.who.int/.

Під час розрахунку індексів суїциду на кількість людей, що живуть у кожній віковій групі чоловіків і жінок, виявляється, що серед жінок частота самогубств неухильно зростає пропорційно до віку. У чоловіків спостерігається інша закономірність – індекси суїциду досягають першого максимуму у віковій групі 45-54 років і другого – у віці 75 років і більше.

5.5. Стаття

Дані вищенаведеного рисунка допомагають з'ясувати, що кількість самогубств серед чоловіків вища, ніж серед жінок. Стаття (як і вік) – один із найважливіших структурних факторів самогубства [166]. Згідно з Доповіддю ВООЗ [52], співвідношення кількості, чоловіків і жінок, що покінчили із собою, становить 3,5:1. За даними ж численних вибірових досліджень, кількість чоловічих суїцидів, що припадають на один жіночий суїцид, коливається від трьох до восьми [29]. В. Васильєв, що наводить ці показники, вважає, що причина настільки суттєвих розбіжностей, мабуть, полягає у відмінностях досліджуваних вибірок за такими характеристиками, як місце проживання (місто, село), етнічні та культурні особливості, а також різні часові періоди проведення

досліджень. Тим не менш, загальна тенденція переважання чоловічих завершених суїцидів зберігається. Виняток становить Китай, де в містах коефіцієнти смертності від самогубств чоловіків і жінок однакові, а в сільській місцевості смертність жінок від самогубств вища.

Ж. Ведрін і Д. Вебер [34] також стверджують, що відзначаються приблизно три випадки смерті в результаті суїциду серед осіб чоловічої статі та один – серед осіб жіночої, тоді як жінки намагаються покінчити собою в два рази частіше, ніж чоловіки. К. Помро й М. Делорм [111] відзначають це й у підлітковому та юнацькому віці – кількість осіб, які покінчили життя самогубством, вказують на перевагу осіб чоловічої статі: три хлопчики і одна дівчинка. У хлопчиків співвідношення суїцид / спроба суїциду дорівнює 1:15. У дівчаток це співвідношення дорівнює 1:85. На їхню думку, кожен чоловік, незалежно від віку, надає перевагу механічним або сильним травматичним засобам (повішення, вогнепальна зброя, автодорожнє зіткнення); жінка найчастіше звертається до таких способів самогубства після 55 років.

Дослідження суїцидальних спроб у 16 різних областях 13 країн Європи показало, що в усіх європейських столицях, за винятком Хельсінкі, кількість жіночих парасуїцидів перевищувала кількість чоловічих [194].

Крім того, в окремих публікаціях повідомляється про більш високу частоту самогубств серед дівчат-підлітків, порівняно з юнаками відповідного віку (Б. С. Положий, А. І. Лазебник, 2002; М. Резайан, 2007).

Однозначної відповіді на питання про причини подібного явища немає. Деякі дослідники вважають, що жіночий суїцид – це найчастіше «крик про допомогу», тоді як чоловічий здебільшого буває «істинним». Використання чоловіками вогнепальної зброї, що більш характерно для них, дає 92 % летальності. Водночас, як ми вже відзначали, у США серед жіночих суїцидів 40 % – із використанням вогнепальної зброї. Вказують також на різні культуральні особливості, пов'язані зі статтю. Важливу роль відіграє й алкоголізація, що переважає в чоловічій популяції. В. Войцех пропонує враховувати не тільки соціальні чинники, а й біологічні. Чоловіки більш схильні до агресії, авантюризму, ризикованої поведінки і шкідливих звичок. Можна припустити, – вважає дослідник, – що програма життя і смерті в чоловіків менш стабільна, ніж у жінок.

Цікаві дані наводить голландський історик А. ван Хоф, який досліджував жіночі суїциди в античному світі. Розглядаючи випадки самогубства, зафіксовані в історичних і літературних джерелах того часу, роблячи знижку на упередження авторів, літературний вимисел

(який, проте, презентував певну модель поведінки), автор виділив 960 випадків самогубства, у яких брали участь не менше 9 636 осіб, із них – 912 випадків, у яких стать суїцидентів вказана. А. ван Хофтом відзначено 229 жіночих самогубств проти 683 чоловічих, що дає співвідношення 1:3. Якщо ж виділити з цієї кількості т. зв. «справжні», тобто взяті не з літературних джерел, а з історичних, то цифра видається ще більш разючою: 108 проти 491 [138]. Щоправда, дослідник припускає, що самогубства чоловіків могли бути частіше в центрі уваги, ніж самогубства жінок. Вони соромилися публічності, якої жадали багато чоловіків, коли кінчали з собою. Мотивами жіночих самогубств були особисті переживання або на це їх штовхали сімейні чесноти. Вибираючи спосіб самогубства, жінки віддавали перевагу повішанню або стрибкам з висоти.

Л. М. Юр'єва наводить дані французького дослідження 1993 р., що розглядає проблему в танатологічному аспекті. У жінок думки про смерть найчастіше супроводжуються страхом і неспокоєм, чоловіки ставляться до цієї проблеми більш виважено й раціонально, а в третині випадків – байдуже: на їхню думку, є більш жахливі стани, ніж смерть. 90 % опитаних відповіли, що хотіли б померти вві сні, уникнувши страждань.

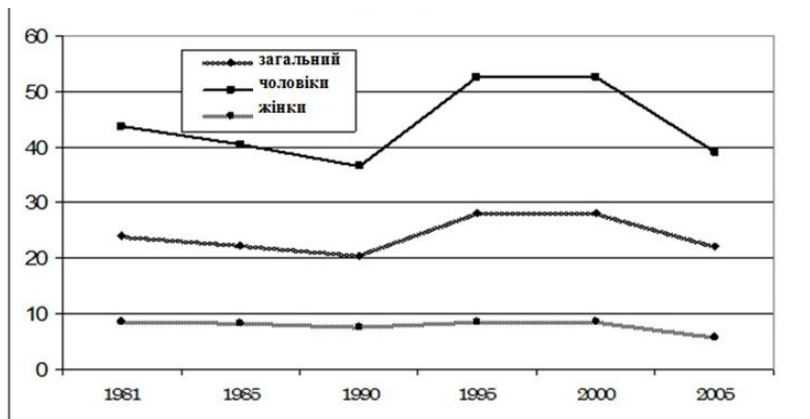


Рис. 49. Рівень самогубств серед чоловіків і жінок в Україні за період 1981-2005 рр.

Джерело: Rozanov V. A. Successful model of suicide prevention in the Ukraine military environment / V. A. Rozanov, A. N. Mokhovikov, R. Stiliha // Crisis. – 2002. – V. 23, № 4. – P. 171–177.

У проєкції на українську популяцію можна відзначити, що чоловіки є групою підвищеного ризику.

Особливе питання – самогубства серед осіб із нетрадиційною сексуальною орієнтацією. Е. Соломон, автор капітальної праці «Демон полуденний. Анатомія депресії» наводить дані низки досліджень, які говорять про високу ймовірність суїцидальних дій у гомосексуальному середовищі. Серед «натуралів» тільки 4 % здійснювали коли-небудь спроби самогубства, а серед гомосексуалістів – 15 (Р. Херрел, 1999). В іншому дослідженні з випадковою вибіркою з 4 тис. осіб у віці від 17 до 39 років спроби самогубства скоювали 3,5 % гетеросексуалів, тоді як серед людей, що мали сексуальні стосунки з партнерами своєї статі, таких уже виявилося 20 % (С. Д. Кокрен, В. М. Мейс, 2000). Ще одне дослідження, теж із випадковою вибіркою, але вже з 10 тис. чоловіків і жінок, виявило в тих, хто мав сексуальні стосунки з представниками своєї статі протягом попереднього року, значно підвищений рівень депресії і фобій. Спостереження за групою приблизно з 1 200 осіб, що тривало протягом 21 року в Новій Зеландії, показало, що в геїв, лесбіянок і бісексуалів підвищений ризик суїцидальних спроб і настроїв (Д. М. Фергюсон, 1999). Дослідження серед 40 тис. юнаків у Мінесоті виявило семикратно більш високу ймовірність суїцидальних настроїв у геїв, ніж в інших (Р. Гарофало, 1998). Ще одне дослідження серед 3,5 тис. студентів показало, що чоловіки-гомосексуалісти роблять спроби самогубства з імовірністю в сім разів вищою, ніж чоловіки-гетеросексуали (Г. Ремафеді, 1998). Дослідження вибірки з 1,5 тис. студентів показало, що гомосексуалістів обох статей вчинили не менше чотирьох спроб самогубств, у сім разів більше, ніж студентів-гетеросексуалів (А. Фолкнер і К. Кренстон, 1998). Дослідження, що проводилося в Сан-Дієго, з'ясувало, що серед чоловіків-самогубців 10 % – геї (Е. Е. Річ, 1986).

У дослідженні К. Скегга і співавторів [197] проаналізовано вплив спрямованості сексуального потягу жінки на рівень суїцидального ризику. Авторами повідомляється, що в жінок із гомосексуальним потягом ризик суїцидальних думок і спроб приблизно утричі вищий, ніж у жінок із гетеросексуальним потягом, при цьому ймовірність суїцидальної спроби тим вища, чим вищий ступінь вираженості гомосексуального потягу.

Фактам високої суїцидальної потенції в гомосексуальному середовищі однозначного тлумачення немає. Низка фахівців проводить генетичні зв'язки між гомосексуальністю та депресією, яка є можливим предиктором суїцидальності. Дуже поширений погляд, що високий рівень депресії суїцидальності – це результат гомофобії, наслідок проблем із соціальною адаптацією. «Найголовніше, що вони більш схильні прожити життя ніби крадькома і внаслідок цього піддаються глибокій сегрегації» [121].

5.6. Економічний стан і зайнятість

Російські дослідники знайшли зв'язок між суб'єктивною оцінкою рівня свого матеріального становища і суїцидальною поведінкою. Так, дослідження, проведені у Вологодській області, показують зв'язок кількості самогубств і частки людей, що відносять себе до «бідних» і «вбогих» верств населення. Коефіцієнт кореляції між рівнем смертності від самогубств у Вологодській області за період 1994-2007 рр. і часткою тих, хто відносить себе до бідних і вбогих верств населення, склав 0,84 [97]. Не маючи даних про рівень доходів досліджуваних парасуїцидентів, дослідники роблять непрямий висновок про те, що низький рівень матеріального благополуччя підвищує ризик виникнення суїцидальних тенденцій. Про це свідчать такі факти:

1. За даними опитування, симптоми тривоги, депресії та неврозу частіше зустрічаються серед незаможних верств населення.

2. Аналіз біографій парасуїцидентів показав, що серед них поширені малопrestiжні професії (двірник, робочий, санітарка, сторож і т. д.), які не є високоприбутковими. Крім того, на момент спроби суїциду багато з них не працювали або часто змінювали місце роботи, тобто не мали постійного джерела доходу.

3. Інтенсивність випадків смертності від самогубств більш висока в сільських територіях, де рівень життя населення нижчий, про що свідчать дані.

Існування зв'язку між рівнем самогубств та економічною ситуацією в країні відзначається й іншими вченими. У 2001 р. співробітниками Центру досліджень суїцидальної поведінки при кафедрі психіатрії Оксфордського університету було проведено дослідження на предмет виявлення кореляційної залежності між навмисними самоушкодженнями, самогубствами і рівнем соціально-економічного розвитку окремих округів Оксфорда [172]. Учені дійшли висновку, що низький рівень економічного розвитку робить негативний вплив на розвиток суїцидальних тенденцій, причому цей фактор однаково значущий для обох статей і в першу чергу впливає на молодші вікові групи. Дані ВООЗ щодо проблеми суїциду за 2008 р. свідчать, що в 56 % осіб, що покінчили із собою, був незадовільний матеріальний стан. За даними О. В. Ісаака, самогубства в Республіці Молдова в основному характерні для людей, що мають фінансові проблеми [63]. За свідченнями І. Б. Назарової, «чоловіки складніше переносять економічні проблеми, оскільки не використовують ефект культурних та соціальних факторів так, як жінки» [101]. Загалом, як зазначає Д. Вассерман, соціальні фактори впливають на суїцидальні тенденції в чоловіків частіше, ніж у жінок [31].

Найважливішою стороною життя, визначальною для світогляду людини, є ступінь її зайнятості, характер і задоволеність своєю професійною діяльністю. Рівень суїцидів істотно вищий серед безробітних, ніж серед населення, що працює. Робота дає людині можливість бути матеріально незалежною, забезпечує (цілеспрямовано або стихійно) певний рівень соціального контролю, сприяє розширенню кола знайомств та інтересів. Бідність і низький соціальний стан – обидва ці наслідки безробіття, мабуть, часто підвищують рівень суїцидальної поведінки, особливо в тому випадку, якщо роботу втрачено раптово [63]. Крім того, важлива значущість безробіття для індивіда. І. Х. Мякінен і Д. Вассерман відзначають, що під час кризи 30-х рр. підйом безробіття в США і Західній Європі супроводжувався підвищенням частоти самогубств (особливо серед чоловіків), проте в сучасних дослідженнях на сукупному рівні подібного явища простежити не вдалося. Водночас у дослідженні Д. І. Шустова в групі суїцидентів налічувалося 40 % безробітних працездатного віку, а в групі парасуїцидентів 43 % втратили роботу протягом року перед спробою самогубства [144]. За даними І. Б. Назарової: «У чоловіків стан безробіття і бідності (домогосподарство, що знаходиться нижче рівня бідності п'ять років і більше) погіршує ситуацію в психологічному здоров'ї. Те ж можна сказати про бідних жінок, які «не дуже або зовсім не задоволені життям»: вони «знаходять розраду» в соціальній та культурній сфері, можливо, гнучко змінюючи поведінку... Навіть недовгостроковий ефект безробіття (протягом року) відчутно посилює стан психологічного дискомфорту» [101].

Серед зайнятого населення важливим є статусні фактори і задоволеність роботою. І. Х. Мякінен і Д. Вассерман звертають увагу на «класовий рівень» смертності внаслідок самогубства. За даними європейських досліджень, рівень самогубств серед чоловіків особливо високий на нижчому щаблі класових сходів (некваліфікована праця). У жінок же поширеність суїцидів має U-подібну форму (частота самогубств знижується в групі фахівців середньої ланки). Невдачі на роботі, за статистикою, сильніше переживаються чоловіками. Для жінок у ролі мотиву суїцидальної поведінки частіше виступають сімейні взаємини [100]. Що ж до задоволеності роботою, то щоденне й тривале проведення часу за нелюбими і до того ж сполученими з нервовими навантаженнями справами негативно впливає на всі сторони життя людини, підвищуючи тим самим ступінь суїцидального ризику. За даними моніторингу громадської думки, проведеного колективом ІСЕРТ РАН, динаміка поширення суїцидів, наприклад на території Вологодської області протягом періоду з 2002 до 2007 р.,

збігалася зі змінами чисельності людей, незадоволених змістом своєї роботи в цілому [97].

Існують професійні групи ризику по суїциду, що пов'язано з доступом до небезпечних препаратів: лікарі (особливо жінки), ветеринари і дантисти часто використовують лікарські препарати для отруєння, фермери – пестициди. Англійські вчені, наприклад, виявили, що суїцидів серед медсестер у чотири рази більше, а серед лікарів – у два рази більше, ніж в інших професійних групах; у США думки про самогубство виникали в кожного 16-го хірурга [173]. Водночас багато дослідників зазначають, що психіатри займають перше місце серед лікарів за суїцидальним ризиком. Це може бути пов'язано з психологічними переважаннями, властивими цій роботі. Дослідження, проведені Університетом штату Орегон (США), виявили, що суїциди серед лікарів-психіатрів зустрічаються в п'ять разів частіше, ніж у загальній популяції [148, с. 87]. Український суїцидолог Л. М. Юр'єва досліджувала особливості суїцидальної ризику в лікарів-психіатрів Східної України в 1996-2002 рр. У результаті проведених досліджень було виявлено, що в 22,4 % опитаних бувають суїцидальні думки, причому 2 % з них підкреслили, що вони відвідують їх «часто і дуже часто». Найчастіше відзначають у себе суїцидальні думки лікарі з досвідом роботи до п'яти років і з досвідом 10-19 років. Після 49 років частота подібних думок зменшується майже вдвічі і практично зводиться до нуля після 60 років. Л. М. Юр'єва пов'язує суїцидальну поведінку лікарів багато в чому з синдромом емоційного вигорання [148].

Тим часом дослідження російських фахівців [42] показали, що серед суїцидентів переважають особи з низьким соціальним статусом (робітники, безробітні, ті, хто не працює й не навчається). До груп підвищеного суїцидального ризику належать також військовослужбовці строкової служби (до 70 % усіх самогубств в армії припадають на перший рік служби), в'язні (60 % усіх самогубств протягом перших трьох місяців і в останні місяці перед звільненням), офіцери у відставці та особи, що вийшли на пенсію. Очевидно, найбільш «суїцидонебезпечний» не стільки певний (нехай низький) статус, скільки його зміна, втрата положення, займаного в суспільстві («комплекс короля Ліра»).

До економічних аспектів суїцидальної поведінки ми віднесли й ситуації, пов'язані з розподілом суїцидальних дій у сільській та міській місцевості. Традиційно вважалося, що серед городян рівень самогубств вищий, ніж серед сільського населення, і це пов'язувалося з відчуженістю людини в урбанізованому просторі, на відміну від більш тісних зв'язків традиційних сільських укладів. Однак за останній час, починаючи з середини ХХ ст., у багатьох країнах помітно переважали суїцидальні

прояви (спроби і завершені суїциди) серед сільського населення, порівняно з міським. Так, у Литві до 40-х рр. минулого століття рівень «міських» суїцидів був у чотири-п'ять разів вищим від «сільських»; до 60-х рр. рівні зрівнялися, а в останні десятиліття минулого століття рівень суїцидів серед сільських жителів став удвічі вищим, ніж серед міських [170].

Схожа динаміка відзначалася в Латвії, де співвідношення «сільських» суїцидів із «міськими» наприкінці 90-х рр. становило 1,4 [191]. Французькі дослідники К. Помро та ін. [111] відзначають, що всі сільські зони мають відсоток самогубств, який значно перевищує той, що відзначається в міських агломераціях, що (хоча й частково) пояснюється способами самогубства. Я. І. Гилянський і Г. Румянцева відзначають: у 1986 р. рівень завершених самогубств у Росії (на 100 тис. відповідної групи населення – міського, сільського) становив серед городян 21,2 %, серед сільського населення – 27,5 %, тобто на 29,7 % більше, а в 1994-1996 рр. коефіцієнт смертності від самогубств серед сільського населення перевищив 50, для міського населення коливався від 35,4 до 37,9 (на 100 тис. населення). У Білорусії з 1985 р. зростання рівня суїцидів у сільській місцевості (температура приросту до 2002 р. – 74 %) значно випереджав такий у містах (температура приросту – 37 %). Співвідношення рівня «сільських» суїцидів до «міських» у 2002 р. склало приблизно 2:1 [87]. Проведені в окремих регіонах України дослідження свідчать про те, що в сільській місцевості кількість суїцидів вища, ніж у місті, і це співвідношення має тенденцію до зростання, водночас кількість суїцидентів що, перебувають на обліку у психіатра, значно зменшилася [110].

Висунуто припущення про збільшення соціальних причин суїцидів, про більшу патріархальність укладу життя в сільській місцевості, що впливає на адаптаційні механізми і знижує потенційні можливості соціальної спроможності (В. О. Рудь, 2001).

Результати проведеного регіонального дослідження в Одеській області (керівник – проф. В. А. Розанов) також підтверджують переважання завершених суїцидів у сільській місцевості, причому особливо високим був рівень самогубств там серед чоловіків – у 2,3 рази вище, ніж у місті; тоді як таких істотних відмінностей між індексами самогубств у жінок у місті та селі не спостерігалося [65].

Слід додати, що особливості суїцидальних проявів (завершеність, замахи, частота і т. д.) варіюють залежно від регіональних особливостей. Регіони з високим рівнем суїцидальних спроб часто відрізняються безліччю соціальних проблем, що накопичилися [32]. Це відзначають багато дослідників у різних країнах: Росії, Франції (наприклад, у північно-

східних регіонах і центрі відсоток самогубств майже в два рази вищий від рівня смертності в країні), Україні. Наша країна не є винятком, якщо врахувати різний рівень соціально-економічного розвитку областей України, національно-етнічний склад та інші соціокультуральні обставини, що підкреслюють відмінності між регіонами країни. У проєкті програми «Як нам зменшити кількість самогубств в Україні? наводяться показники частоти самогубств в Україні в 90-і рр. в регіонах України.

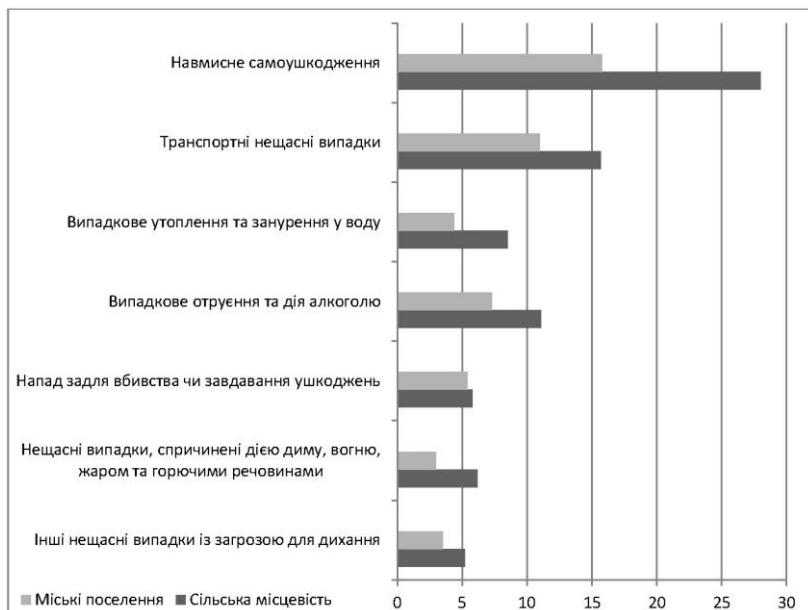


Рис. 50. Розподіл кількості померлих від найбільш поширених нещасних випадків невиробничого характеру Україні впродовж 2011 р. у порівнянні «місто – село» (на 100 тис. населення)

Таблиця 2

Частота самогубств у 1991-1998 рр. у різних регіонах України (на 100 тис. населення)

Області	Роки							
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Південний регіон</i>								
Одеська	26,0	26,2	26,1	29,3	31,0	34,0	36,5	34,6
Херсонська	25,6	28,4	31,7	31,0	39,5	37,2	40,1	38,5
Миколаївська	25,6	23,5	24,3	25,2	28,1	29,4	30,9	28,8
Межі і середній рівень: 23,5 – 40,1; 30,4								

<i>Західний регіон</i>								
Івано-Франківська	7,4	10,2	11,8	12,8	10,3	13,0	13,0	–
Львівська	7,7	6,6	8,8	9,1	8,8	9,2	9,9	11,1
Тернопільська	8,7	10,2	9,8	11,0	11,8	12,0	10,1	13,2
Закарпатська	13,1	13,4	15,0	16,2	16,4	19,4	16,5	18,4
Чернівецька	10,2	13,0	14,8	10,6	11,4	13,2	13,3	12,2
Межі і середній рівень: 6,6 – 19,4; 11,9								
<i>Східний регіон</i>								
Дніпропетровська	20,4	25,0	27,1	29,4	30,3	33,3	34,8	34,1
Донецька	23,5	25,9	29,2	34,1	36,2	38,2	37,9	39,5
Харківська	21,9	22,8	26,1	31,3	34,6	37,0	36,5	34,3
Сумська	28,8	32,6	34,4	42,6	43,0	44,4	43,2	42,6
Запорізька	23,5	31,0	30,5	32,3	37,6	40,6	35,3	36,1
Луганська	26,2	26,6	29,5	35,5	36,8	39,2	39,0	39,2
Межі і середній рівень: 20,4 – 44,4; 33,6								
<i>Центральний регіон</i>								
Київська	20,2	21,1	23,8	27,7	27,4	29,7	28,2	30,0
Кіровоградська	27,2	31,6	29,7	34,8	35,4	38,2	39,6	37,3
Чернігівська	29,5	31,3	32,5	35,1	40,1	39,5	40,7	43,0
Полтавська	26,4	27,7	29,5	31,9	35,8	35,2	39,9	37,3
Черкаська	26,7	29,4	28,3	29,6	30,2	31,9	33,7	35,8
Вінницька	25,5	26,0	27,9	28,0	29,2	28,8	29,7	29,7
Житомирська	18,6	19,6	22,8	25,7	27,3	29,2	25,2	26,8
Межі і середній рівень: 18,6 – 43,0; 30,4								

Джерело: Kryzhanovskaya L. Suicidal Behavior in the Ukraine / L. Kryzhanovskaya, G. Pilyagina // Crisis. – 1999. – V. 24. – P. 184–190.

Можна відзначити, що найбільш високий середній рівень суїцидів за проаналізовані вісім років спостерігається у східній частині України, найнижчий рівень протягом багатьох років – у західному регіоні. Це стійка тенденція, яка не змінилася протягом десяти років, про що можна зробити висновок із рис. 1 на с. 4.

Розробники програми «Як нам зменшити кількість самогубств в Україні?» пов'язують це з соціально-економічними проблемами (східні регіони країни більш урбанізовані і найбільше зазнали труднощів у перехідний період), національно-етнічним складом населення, релігійними факторами і навіть екологічною ситуацією.

5.7. Сім'я

Рівень самогубств тісно пов'язаний із сімейним станом індивіда. Наявність сім'ї в цілому є антисуїцидальним фактором [42]. Вона забезпечує людині емоційну безпеку (або її брак), соціальну та матеріальну підтримку. Більшість суїцидологів доходять висновку, що самотні люди більшою мірою схильні до суїцидального ризику.

Результати досліджень фахівців ВООЗ свідчать про те, що найвищий рівень самогубств спостерігається серед розлучених людей (особливо часто серед чоловіків у перші кілька місяців після розлуки), трохи менше поширені суїциди в групі овдовілих, далі йдуть люди, які живуть на самоті і ніколи не вступали в шлюбні відносини.

Разом із тим сімейні конфлікти можуть самі стати приводом до трагічного вибору. В. Маяковський, напівжартома, сказав якомсь: «Почему лошади не кончают жизнь самоубийством? Потому что, не обладая речью, они не способны к выяснению отношений» [43, с. 149]. Парадокс носить похмурий відтінок, враховуючи долю поета. Двоїста роль сім'ї як чинника ризику суїцидальної поведінки виділяється багатьма фахівцями. За даними А. Амбрумової, Я. Гишинського, Л. Смолінського, у ролі мотиву суїциду для чоловіків більш значуща ситуація конфлікту в сім'ї, для жінок – самотності.

А. Г. Амбрумова і Л. Поставалова [9] виділяють такі основні сімейні фактори, що призводять до самогубства:

- 1) відсутність батька в ранньому дитинстві;
- 2) недостатність материнської любові;
- 3) «синдром відсутності батьківського авторитету»;
- 4) матріархальний стиль стосунків у сім'ї;
- 5) гіперавторитарність слабкого дорослого, який прагне утвердити себе в сім'ї за допомогою емоційних вибухів і тілесних покарань дитини;
- 6) розпад сімейного вогнища (розлучення, зради, співжиття);
- 7) хронічні конфлікти між подружжям, ворожість між членами сім'ї;
- 8) тривалі хвороби або смерть рідних;
- 9) наявність у сім'ї алкоголіків, психічно хворих та осіб з асоціальними формами поведінки.

Ці ж фахівці виділяють кілька типів сімей, які ними розглядаються в суїцидогенному аспекті:

1. *Інтегровані та дезінтегровані.* Критерій такої класифікації – ступінь згуртованості. Можуть бути частково дезінтегровані сім'ї (які передбачають наявність мікрогруп). Особливо суїцидонебезпечним є, із точки зору дослідників, протиставлення одного члена сім'ї коаліції членів. У цій ситуації найчастіше характерна демонстративна суїцидальна поведінка з метою змінити становище в сім'ї.

2. *Гармонійні і дисгармонійні.* Критерій – ступінь психологічної, ціннісно-орієнтаційної відповідності між членами сім'ї. При цьому суїцидологи розрізняють природну і штучну гармонію; остання формується на основі зусиль і компромісів. Суїцидонебезпечна ситуація виникає тоді, коли один із членів сім'ї прагне нав'язати іншому свої звички, манери, поведінку, життєві орієнтації.

3. *Корпоративні та альтруїстичні.* Основний критерій цього поділу – ступінь комунікативності сім'ї як системи. Для корпоративних сімей характерне більше згуртування і підтримка, що надається один одному членами сім'ї. В альтруїстичних сім'ях психологічний і комунікативний вектор зміщується в бік соціального оточення сім'ї.

4. *Гнучкі і консервативні.* Консервативні сім'ї не можуть захистити своїх членів поза сім'єю.

5. *Відкриті та закриті.* Ступінь проникності кордонів сімейної системи, що лежить в основі такого розподілу, також накладає свій відбиток на специфіку суїцидальної поведінки. Так, у закритих сім'ях у разі виникнення суїцидального конфлікту всередині сім'ї «домінує» психологічна напруга, тому шукати підтримку доводиться поза сімейною системою.

6. *Авторитарні і демократичні.* В основі цієї типології лежить спосіб організації внутрішньосімейної структури: розподіл сімейних функцій, прав і обов'язків, стиль виховання дітей і т. д. Демократичні сім'ї володіють, як правило, значними психологічними ресурсами профілактики суїцидальної поведінки.

Результати дослідження суїцидальних спроб дозволяють з упевненістю говорити про те, що дисгармонія міжособистісних (у першу чергу сімейних) стосунків є одним із головних факторів суїцидального ризику. Так, фахівці, які вивчали ситуацію з суїцидами у Вологодській області, зазначають, що в 70 % випадків спробі суїциду передував гострий конфлікт, при цьому найчастіше він розгортався між подружжям або між батьками і дітьми [97]. У дослідженні завершених суїцидів, проведеному в Рязанській області під керівництвом доктора медичних наук Д. І. Шустова, такими причинами, як важке психічне або соматичне захворювання, старість, самотність і т. д., було зумовлено 29 % суїцидів. «На рахунку» т. зв. «незначущих» причин – майже в два рази більше суїцидів (57 %). Вибірка цього дослідження складала 256 осіб [144].

За даними різних авторів, для випадків завершеного суїциду характерна сімейна обтяженість [113]. Низка досліджень підтвердила наявність значною мірою сімейної дисфункції і негативного дитячого досвіду серед підлітків, які намагалися покінчити з собою (Ж. Битро, П. Мелдер, 1996). Перспективні дослідження показують, що суїцидальні ідеї та суїцидальні спроби зумовлюються низьким рівнем батьківського тепла, комунікації та емоційної чуйності, а також високим рівнем насильства, несхвалення, суворої дисципліни, поганим ставленням та сімейним конфліктом у цілому. Відсутність підтримки з боку батьків також є значущим предиктором підліткових суїцидальних думок [195]. Цими дослідниками також виявлено позитивний зв'язок між

інтенсивністю розлучень і суїцидів на ранніх етапах життя. Крім того, ризик виникнення суїцидальних спроб серед неповнолітніх та молодих людей має тенденцію зв'язку з сімейними психопатологіями, зокрема зловживанням речовинами та невротичними, афективними й особистісними розладами, а також має тенденцію зв'язку із суїцидальною поведінкою в сім'ї, особливо в сім'ях, де суїцидальні спроби вже мали місце (Е. Міттендорфер-Рутц, 2008). Про роль сімейного анамнезу, особливостей виховання та психологічної сенситивності підростаючого покоління в період вікових криз, який опосередковує можливість засвоєння партнерів суїцидальної поведінки, говорив і класик психології К. Вітакер, (1998).

Низка досліджень виявила тісний зв'язок між суїцидальністю і смертю батьків. В одному з них стверджується, що три чверті доведених до кінця самогубств здійснюють люди, які в дитинстві пережили травму від смерті близької людини, найчастіше одного з батьків. Нездатність впоратися зі втратою на початку життя веде до нездатності справлятися з нею взагалі. У свідомість людей, котрі в ранньому віці втратили батьків, часто впроваджується почуття провини, що відключає в них усвідомлення власної цінності [187]. Якщо усиновлені діти, у сімейному анамнезі яких були відомості про суїцид, потрапляють в «несуїцидну» сім'ю, у них спостерігається підвищення в шість разів частоти суїцидальних спроб, порівняно з контрольними усиновленими дітьми, чиї біологічні батьки не здійснювали таких спроб (Ф. Шульзінгер, 1979; П. Вендер, 1986).

5.8. Освіта

За даними старшого наукового співробітника ІНП РАН Д. Бого-явленського, «люди з більш високим рівнем освіти менше схильні до самогубств. Найнебезпечнішою є неповна середня» [21].

На думку російських дослідників [42], сутність низького рівня освіти як чинника суїцидальної ризку полягає в тому, що він найчастіше – «сусід» малопрестижних професій і менш культурного соціального середовища. У таких життєвих умовах більш поширені міжособистісні конфлікти, наслідком яких і є спроба самогубства. Водночас Л. М. Юр'єва [148, с. 88] вважає, що люди з вищою освітою більше схильні до суїциду.

5.9. Негативні події в житті суїцидента

Соціальна обстановка, життєві події в особистісній історії посідають важливе місце в житті людини. Вони можуть стимулювати її розвиток або фруструвати потреби, що є для неї актуальними. Усе залежить, у першу чергу, від оцінки самим індивідом ролі тих чи інших

подій або фактів життя, які можуть стати предикторами суїциду залежно від цього ставлення. Деякі люди можуть реагувати на певні ситуації почуттями провини, безнадійності, образи, агресивною поведінкою. Водночас навички конструктивного вирішення ситуацій у них зникають.

М. Зотов серед найбільш частих стресових подій, що провокують суїцидальну поведінку, виділяє смерть близької людини, розлучення або розрив відносин із коханою людиною, різного роду міжособистісні конфлікти, втрату роботи або неможливість знайти роботу [59, с. 41]. Д. Вассерман зазначає, що ставлення і реакцію суїцидентів на актуальні негативні події життя слід розглядати у світлі фрустрації основних потреб – приналежності, любові й визнання – не тільки в суїцидальній ситуації, але й починаючи з раннього дитинства [32, с. 41]. Ми додали і фрустрацію потреби в безпеці, а також те, що фрустровані потреби в життєвій історії можуть у суїцидальній ситуації актуалізуватися. Несподівані зміни в житті можуть зробити актуальними спогади і переживання, пов'язані зі схожими подіями в особистому житті. До того ж дослідження, проведене відділом психіатрії кафедри неврології університету Парми, показало, що існує зв'язок між несприятливими життєвими подіями в попередньому півріччі, травмами, пережитими суб'єктом у віці до 15 років, і спробою або навіть попередніми спробами [190].

Проведене нами дослідження серед парасуїцидентів показало, що 42 % з них переживали хоча б раз випадок, який становив небезпеку для життя, із цієї кількості 61,8 % опинилися в подібній ситуації в дитинстві та підлітковому віці. Втрата значущої людини з причини смерті може обернутися непоправною втратою і стати предиктором суїцидальної поведінки. Наприклад, у дослідженні парасуїцидентів відзначено серед негативних подій втрату близької людини, що відрізняється на статистично значущому рівні від представників контрольної групи. 60,7 % зіткнулися з цим, 43,1 % – у дитячому та підлітковому віці [72].

5.9.1. Насильство

Ситуацію суїцидального ризику створюють залякування, переслідування, емоційне і фізичне насильство. Дослідження, проведені і в розвинених країнах, і в країнах третього світу, показують зв'язок між цими явищами і суїцидом. Так, у ПАР у рамках Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2002-2004 рр. проводилося опитування 4 350 осіб, що проходили обстеження. Було зібрано дані про зв'язок травм і подальшої суїцидальної поведінки; значущими предикторами суїцидальних спроб стали факти сексуального насильства та свідчення насильства [198]. Російський дослідник проблеми насильства С. Ільїна пише, що «... факти наявності інцесту або інтенсивних тілесних покарань в анамнезі

прикордонного пацієнта потіснили навіть прояви суїцидальної і парасуїцидальної поведінки, традиційно посідали в ієрархії діагностичних ознак прикордонного особистісного розладу одне з провідних місць і вважалися його «візитівкою» [62, с. 70]. Однак можемо відзначити, що це речі пов'язані, на це також вказували і суїцидологи, зокрема Д. Вассерман [32].

Багатьма дослідниками велике значення у формуванні суїцидальної поведінки в жінок надається перенесеному ними в минулому фізичному, емоційному або сексуальному насильству. Так, С. Е. Ульман, Л. Р. Бреклін [203] установили, що частота суїцидальних спроб серед жінок, які зазнали сексуального насильства в дитинстві чи в дорослому віці, істотно вища, ніж серед жінок, що не піддавалися сексуальному насильству. Із цими результатами перегукуються дані Е. Франк, А. Д. Дінг [168], які називають серед факторів суїцидального ризику для жінок-лікарів сексуальне насильство в анамнезі.

П. А. Андерсон і співавтори [151], вивчаючи зв'язок між наявністю фізичного, емоційного чи сексуального насильства в дитинстві і ймовірністю суїцидальної поведінки в дорослому віці в афро-американських жінок із низьким рівнем доходу, установили, що, порівняно з жінками, які не зазнавали в дитинстві жодного з видів насильства, жінки, які піддавалися в дитинстві одній, двом або трьом із досліджуваних форм насильства, мали ймовірність суїцидальної спроби вище в 1,83 рази, 2,29 рази, або 7,75 разів відповідно. Крім того, жінки, що піддавалися в дитинстві всім трьом формам насильства, за даними авторів, мали достовірно більш високу ймовірність суїцидальної спроби, ніж жінки, що піддавалися тільки двом формам насильства. А. Рой і М. Джанел [192] схильні вважати навіть, що більш висока частота суїцидальних спроб у жінок, порівняно з чоловіками, може бути частково приписана більшій поширеності неправильної сексуальної поведінки в дитинстві (сексуального насильства, розпусних дій) по відношенню до дівчаток, ніж по відношенню до хлопчиків.

З. Р. Зулкарнеєва [60] досліджуючи суїцидальну поведінку жінок, які стали жертвами зґвалтування, виділяє в них чотири різновиди суїцидонебезпечних реакцій: гострі афективні реакції, що призводять до суїцидальної поведінки в перші години або дні після зґвалтування; відставлені ефективні реакції із суїцидальними діями, що реалізуються через кілька місяців після зґвалтування; протраговані ефективні реакції із суїцидальними діями, що реалізуються пізніше; демонстративно-шантажну суїцидальну поведінку.

У дослідженні парасуїцидального типу поведінки в Миколаївській області в осіб, які вчинили спробу самогубства, в анамнезі спостерігалися випадки зґвалтування, і цей досвід відрізняв їх від представників

контрольної групи на достовірному рівні ($t = 3,64$). Крім того, від інших парасуїцидентів вони відрізнялися більш високим рівнем депресії, схильністю до агресивних дій, їх відрізняли також схильність до пошуку збудливих ситуацій і хвилюючих переживань.

5.9.2. Безнадія

Переживання безнадійності (*hopelessness*) є одним із частих супутників самогубства. А. Бек вважав безнадійність навіть більш чутливим показником у прогнозі суїциду, ніж депресію [16]. Російський суїцидолог Д. Шустов вважає вивчення теорії безнадійності («негативного ставлення до майбутнього») найбільш перспективним у правильній продиції фатальності суїцидального акту і в ефективності корекційної роботи [144]. Він же наводить слова Е. Міллера про те, що це – «ключ до схильності до суїцидальних дій» [185]. Аналіз наявних психологічних трактувань надії (Е. Фромм, К. Хорні, Е. Еріксон, Дж. Аверілл, Е. Стотланд, С. Снайдер, К. Муздибаєв), дозволяє зробити висновок про те, що їх об'єднує розуміння надії як очікування бажаного і віра в те, що його може бути досягнуто.

Стан безнадійності включає два основні компоненти: 1) песимістичні установки щодо майбутнього; 2) відчуття безпорадності перед очікуваними негативними подіями. Безнадія являє собою когнітивний феномен, незважаючи на зв'язок із негативними емоційними переживаннями [149]. Це один із трьох механізмів, що виявляються в суїцидентів поряд із недостатністю навичок вирішення проблем і схильністю до узагальнення спогадів (Соловські, 2005). Зв'язок феномену безнадійності з низкою особистісних характеристик відзначали зарубіжні дослідники, зокрема М. Велтінг [204] й А. Чикіта [158].

Наше дослідження парасуїцидального типу поведінки показало достовірні статистичні відмінності на рівні $p < 0,001$ за показником безнадійності (HS) між групою парасуїцидентів і контрольною групою респондентів, які не мали суїцидальних спроб [71].

Під час дослідження цього показника було використано кореляційний аналіз. У контрольній групі показник HS значно нижчий, ніж у парасуїцидентів, він пов'язаний позитивно тільки з інтегральним показником за шкалою гніву TAS: $r = 0,201$, тобто з негативними афективними тенденціями, а негативно – зі співпрацею: $r = -0,213$ і скромністю: $r = -0,229$.

У парасуїцидентів стан безнадійності викликається іншими факторами, яких значно більше. Парасуїциденти за безнадійності відрізняються емоційною нестабільністю: $r = 0,335$, тривожністю: $r = 0,31$

і стресами: $r = 0,299$. Показник безнадійності тісно пов'язаний із депресивним станом: $r = 0,393$. HS негативно корелює з екстраверсією: $r = -0,368$, тобто суб'єкт інтровертований, сердечністю: $r = -0,416$, особистість не прагне до соціальних контактів, вважаючи за краще самотність: товариськість: $r = -0,222$, відчуваючи непевність: $r = -0,364$, не відчуваючи позитивних емоцій: $r = -0,35^*$.

Почуття безнадії посилюється тим, що індивід закритий для прийняття нового: $r = -0,268$ і дій: $r = -0,274$. Відповідно, це позначається на процесах цільового планування і вольового управління поведінкою: $r = -0,227$, індивід відчуває непевненість у вирішенні життєвих проблем: $r = -0,333$, млявість і апатію в досягненні цілей: $r = -0,327$.

Для уточнення впливу безнадійності парасуїцидентів на суїцидальну поведінку їх було розділено на дві групи. Перша група – А, у якій респонденти не вказували на почуття безнадійності ($N = 63$), і група, що зазнає почуття безнадійності – В ($N = 19$).

Відмінності між групами містяться насамперед у сфері нейротизму, який у групі В високий. Виняток становить імпульсивність, де відмінності статистично недостовірні. У сфері екстраверсії у групі В вона нижча. У представників групи А вищими є показники відкритості досвіду, естетики та активності, довіри й альтруїзму, а також компетентності і прагнення до досягнень.

Безнадія блокує перспективу, і метою стає припинення актуального стану. У зв'язку з цим цікаво проаналізувати показники наміру покінчити з собою. Результати модифікованої шкали BSIS свідчать про більшу глибину і ґрунтовні суїцидальні наміри в осіб, що переживають почуття безнадійності у порівняно з тими, у кого це почуття було відсутнє.

Із табл. 3 видно, що особи, котрі переживають безнадійність у постсуїцидальному періоді (група В), явно мають вищі показники наміру покінчити з собою. Про це свідчить те, що вони більш ретельно планували свої дії, бажали смерті і вживали заходів, щоб приховати свої наміри.

Таблиця 3

Показники шкали наміру суїцидальних дій та осіб з безнадією (група А) і без такої (група В)

№ з/п	Пункти шкали BSIS	Група А		Група В		t-критерій Стьюдента
		М	Std	М	Std	
1.	Під час спроби поряд у контакт нікого не було	2,0	1,15	2,33	0,91	1,26 ($p < 0,215$)

* Курсивом виділено показники з імовірністю помилки $p \leq 0,05$, жирним шрифтом – з імовірністю помилки $p \leq 0,01$.

Закінчення табл. 3

2.	У який момент було здійснено спробу? Чи очікувався хто-небудь? Чи міг хто-небудь незабаром з'явитися?	0,47	0,94	1,44	1,38	2,78 ($p < 0,011$)
3.	Ужито запобіжних активних заходів, щоб не бути виявленим	1,11	0,72	1,16	0,37	0,53 ($p < 0,597$)
4.	Не зверталися до потенційного помічника і не повідомляли про спробу	1,5	1,04	2,1	0,99	2,39 ($p < 0,022$)
5.	Чи вживались певні заходи, коли вирішили завдати собі ушкоджень (сплатили свої рахунки, написали заповіт)?	0,98	0,4	1,21	0,63	1,48 ($p < 0,153$)
6.	Чи планувати свої дії заздалегідь упродовж певного часу?	1,17	0,64	1,79	0,79	3,06 ($p < 0,005$)
7.	Чи написали прощальний лист (листи)?	1,09	0,67	1,95	2,34	1,57 ($p < 0,132$)
8.	Чи говорили натяками або прямо про свої наміри завдати собі ушкоджень?	1,18	0,72	1,42	0,77	1,21 ($p < 0,236$)
9.	Бажали смерті	1,79	1,09	2,37	0,76	2,56 ($p < 0,014$)
10.	Мета самоушкодження: крик про допомогу / тимчасовий відпочинок / смерть	0,96	1,26	2,0	1,15	3,29 ($p < 0,002$)
11.	Імовірність майбутнього результату (в уявленні респондента)	1,8	1,18	2,37	0,96	2,09 ($p < 0,043$)
12.	Зв'язок між уживанням алкоголю / наркотиків і останньою суїцидальною спробою	0,76	1,01	0,16	0,50	3,38 ($p < 0,001$)

Для більш ясного судження в цьому випадку було використано кореляційний аналіз. На підставі отриманих даних можна говорити про слабку вираженість у представників групи В демонстративних компонентів (п. 2 і 4), кореляція їх із HS відповідно: $r = 0,37$ і $r = 0,26$, і про вагомість показників планування суїцидальних дій і бажання померти, що підтверджується кореляцією між HS і плануванням дій: $r = 0,37$, бажанням померти: $r = 0,24$, і смертю як метою спроби: $r = 0,26$.

Примітно, що зв'язок між HS і вживанням алкоголю перед суїцидальною спробою (щоб знизити здатність до критики або для полегшення реалізації спроби) негативна: $r = -0,36$. Це також свідчить на користь цілеспрямованості суїцидальних дій, коли необхідність в алкоголі знижується. Більш часта наявність плану і велика впевненість

у летальному результаті спроби також свідчить про істинність суїцидальних мотивів у групі осіб із переживанням безнадії.

Ми виділили з нашої вибірки досліджуваних осіб, що переживають безнадійність, і позбавлених цього переживання, але вказали на смерть як на кінцеву мету спроби. Парасуїциденти групи В більш виразно вказували на наявність плану у своїх суїцидальних діях: $t = 4,04$ ($p < 0,001$); у т. зв. «смертників» групи А частіше траплялося алкогольне сп'яніння перед спробою: $t = 2,8$ ($p < 0,017$), у них же виявився вищий показник зовнішньої агресії: $t = 2,91$ ($p < 0,009$) і така особистісна риса, як наполегливість: $t = 2,58$ ($p < 0,020$), властива людям рішучим і безпелаяційним, які прагнуть впливати на інших, тобто тією чи іншою мірою все ж соціально активним.

Тим часом наполегливість розглядалася низкою дослідників [57] серед особливостей особистості парасуїцидента, що «створюють певний стиль поведінки в подоланні труднощів, який відрізняється наполегливим прагненням у досягненні поставленої мети, спробами подолання складної ситуації незалежно від об'єктивних обставин, невмінням і небажанням відступити або знайти компромісне рішення» [57]. Ця характеристика певним чином відповідає такому часто цитованому показнику, як ригідність мислення [59]. Водночас «смертники» групи В частіше відчували себе емоційно віктимізованими (упереджене ставлення, принизливі жарти, висміювання, емоційні тортури за шкалою подій життя): $t = 3,31$ ($p < 0,006$) і частіше переживали самотність: $t = 2,35$ ($p < 0,039$). У зв'язку з цим становить інтерес ступінь тяжкості спроб і деякі психосоціальні характеристики розглянутих груп.

Тяжкість спроб за «Медичною шкалою самоушкоджень» між групами має статистично достовірні відмінності за летальністю тільки для такого способу спроби, як прийом препаратів із седативним ефектом: $t = 2,52$ ($p < 0,018$); інші методи тут у зв'язку з цим не представлено. Самоотруєння не є найбільшим «забійний» засіб самогубства, але в певному масиві парасуїцидентів переважна більшість спроб пов'язана саме з ним.

Дані показують, що почуття безнадійності поєднується з більшою значущістю спроби, але тільки в тих, хто не бажав смерті, ці розходження виявилися достовірними. Серед тих, хто не бажав смерті, але переживав при цьому почуття безнадійності, індекс психосоціального благополуччя виявився достовірно нижчим, ніж у тих, хто не переживав безнадії. До того ж коли в групі прагнуть померти – тенденція була протилежною. У групі В ступінь тяжкості спроби виявився негативно пов'язаний з індексом психологічного благополуччя WHO: $r = -0,616$. Актуальна

депресія вища в осіб із безнадією, але як і в попередньому випадку, – достовірна лише в тих, хто не бажав смерті. Коли агресія виявилася вищою в тих, хто прагнув смерті, а серед них – і особи, які не переживають безнадії. У нашому випадку особи, які відчувають депресію, не так хочуть померти, скільки переживають безнадійність і розчарування, які не можуть витримати, і тому прагнуть позбутися від актуальної ситуації шляхом припинення потоку свідомості, тоді як особи з реальною установкою на смерть переживають агресію. Агресія спрямована на суб'єкт; кореляція з відкритістю досвіду – негативна: $r = -0,784$, тоді як позитивна з гнівом у цілому: $r = 0,715$ і як із конституціональною рисою зокрема: $r = 0,65$.

Останній крок у виявленні значущих рис – це порівняння представників контрольної групи і групи В. Парасуїцидентам притаманний стан емоційної нестабільності з усіма її складовими, але в «безнадійних» її рівень вищий. «Небезнадійні» менш інтровертовані, вони більш відкриті новому досвіду й активні, але горизонти уяви, фантазії в них звужені, що властиво парасуїцидентам і виявляється в постановці цілей. Обом групам парасуїцидентів властивий подібний рівень інтегрального показника співпраці, але «безнадійні» більш часто бачать у навколишньому світі небезпеку. В осіб, які вчинили суїцидальну спробу, знижений показник сумлінності, тобто цілеспрямованості і свідомого контролю суб'єктом своєї поведінки та діяльності, особливо в субфактора компетентності, організованості і прагнення до досягнень, але в «безнадійних» вони більш низькі. Низькі також показники індексу психологічного благополуччя WHO. За шкалою депресії А. Бека (BDI) показник вищий, але в групі «небезнадійних» він знаходиться на рівні помірно вираженої депресії, у «безнадійних» же – на критичному рівні.

Отже, можна констатувати, що наявність більшого показника за фактором HS є більш об'єктивним індикатором схильності парасуїцидентів до навмисного парасуїциду, про що ми писали на початку цього параграфа. Це ще раз підкреслює те, що схильність до суїцидальної ситуації залежить від орієнтації особистості на майбутнє.

5.9.3. Самотність

Відома Ф. Раневська говорила: «Самотність – стан, про який нікому розповісти». Самотність, на думку такого авторитету в суїцидології, як А. Г. Амбрумова, є, мабуть, найбільш загальним мотивом суїцидальної поведінки різного роду в будь-якому віці [6]. Вона може бути швидкоплинним почуттям або хронічним переживанням. Згадаймо слова Е. Кречмера: «Душа є світ як переживання» [84]. Причому переживання розуміється ним (і нами) широко – як цілісний стан, що включає в себе

емоційні, когнітивні, вольові, поведінкові та інші компоненти душевно-духовної активності людини.

А. Г. Амбрумова вважає, що самотність може бути двох видів: як емоція простої структури, близької до вітальних переживань, і складної структури, вторинної, в основі якої лежать неподільний оточуючими світогляд, незадоволеність реалізацією своїх соціальних установок, релігійних поглядів, естетичних переживань, і вони не менш інтенсивні, ніж перші. Форми самотності вкрай різноманітні: тут і потреба в батьківській любові, і подружні ревності в ситуації покинутості, і жага до поваги та визнання. У літньому віці в міру зниження життєвої активності формується почуття безпорадності і неповноцінності. Неминуха смерть близьких людей та однолітків у літніх людей загострює відчуття емоційного вакууму і спустошеності, провокує суїцидогенні переживання, «утому від життя», «нетерпіння смерті» [6].

За даними М. Г. Балашової та Є. Ю. Собчик [15], контингент пацієнтів, які переживають самотність, склав 80 % від групи пацієнтів із вираженим суїцидальним ризиком. При цьому авторами спостерігалися такі причини, що породжують почуття самотності:

- раптова втрата значущої близької людини внаслідок смерті;
- втрата близької людини внаслідок розриву стосунків;
- відсутність взаєморозуміння між подружжям;
- відсутність взаєморозуміння між батьками й дітьми підліткового та юнацького віку;
- труднощі соціальної адаптації та спілкування в акцентуйованих дисгармонійних особистостях.

Хворобливі розлади виявлялися, як правило, симптомами ситуаційно-перехідних субдепресивних станів й астеноневротичних реакцій на тлі тих чи інших характерологічних і вікових особливостей особистості. Більшість суїцидентів, незалежно від характеру конфлікту, висловлювали скарги на стан, що характеризується відчуттям гострого душевного болю, безвихіддю, почуттям безпорадності, стійким порушенням сну, емоційною нестійкістю, фіксованістю на психотравмі, зниженням працездатності. Крім того, вони активно висловлювали суїцидальні наміри.

Фахівці з Університету Кента в результаті дослідження суїцидальної поведінки підлітків та молоді вважають, наприклад, що в 15-річному віці і старше в суїцидальній поведінці самотність – сусідка суїцидальних думок, на відміну від більш молодого віку [193].

Наше дослідження парасуїцидального типу поведінки показало, що в цілому в парасуїцидентів почуття самотності стоїть на першому місці серед подій за ступенем тяжкості, поряд із втратою близьких із причин смерті – 19,1 %, втратою значущих людей з інших причин –

12,8 % і звалтування – 10,6 %. Це підтверджується дослідженнями про часту скаргу на самотність у суїцидентів. У представників контрольної групи на першому місці стоїть втрата близьких із причини смерті – 19,1 % і втрата значущої людини з інших причин – 9,1 % [74].

Самотність (ми маємо на увазі саме почуття самотності, пережите парасуїцидентом безпосередньо перед самогубством) негативно корелює з цілями середньої віддаленості: $r = 0,315$; мабуть, у цей момент соціальні аспекти мало цікавлять індивіда. Якщо ж подібні цілі ставилися, то в тих суїцидентів, що не пережили самотності ($t = 2,21$, за $p < 0,032$), з іншими показниками цільової спрямованості статистично значущих зв'язків немає. Парасуїциденти, які, за їхніми висловлюваннями, мали незначний досвід самотності, більш схильні до обдумування вчинків (С6) і почуття обов'язку (С3), тоді як у парасуїцидентів із почуттям самотності більш високий інтегральний показник негативних життєвих подій ($t = 2,85$, за $p < 0,014$).

5.9.4. Повторний суїцид

У дослідженні суїцидальної поведінки особливе місце займає питання про неодноразові суїцидальні спроби, або повторні суїциди. Багато фахівців вважають, що повторні суїциди багато в чому припускають можливість летального результату, тобто ризик смерті під час повторних спроб зростає. Один із забобонів, міфів про суїцид свідчить: якщо людина зробить одного разу суїцидальну спробу, то вона більше її вже не повторить. Інше ж відмінне судження, навпаки, стверджує: якщо в людини є схильність до самогубства, то вона залишиться з нею назавжди.

Суїцидологічні пошуки, однак, дозволяють поглянути на це більш об'єктивно. Ми вже згадували в попередніх розділах про те, що більшість суїцидальних криз є минуцями і можуть бути усунені за відповідної допомоги. Проте в певних випадках (тривалість емоційного стресу, ненадання допомоги) ризик суїцидальної поведінки зберігається.

З іншого боку, наскільки ймовірна можливість його повторення і на які характеристики слід звернути увагу?

Е. Крістіансен і Б. Ф. Дженсен [177] справедливо вважають, що запобігання самогубствам вимагає систематичного скринінгу ризику після епізоду самоушкодження або спроби самогубства задля інформування соматичних і психіатричних факторів ризику, що дозволяє системі охорони здоров'я запропонувати більш ефективну допомогу суїцидальним особам. Для того, щоб відбір проходив успішно, важливо мати знання про характеристики осіб, які повторили спробу самогубства або покінчили життя самогубством після того, як епізод члено-

ушкодження або спроби самогубства мав місце. Характеристики можуть бути соціальні, демографічні, клінічні і т. д. Деякі дослідження проаналізували потенційні фактори ризику для самогубства після епізоду самоушкодження і виявили, що непоміченими у спробах членушкодження або самогубства були методи виконання, самотність або відсутність близьких стосунків, факти алкоголізму та психічних і фізичних проблем зі здоров'ям, що могло бути корисними предикторами.

Д. Оуенс [188] у систематичному огляді літератури про повторне заподіяння собі шкоди відзначив, що ймовірність повторного самоушкодження була гострою протягом першого року після епізоду (у середньому не менше ніж 16 % повторно протягом першого року, 21 % – протягом чотирьох років, і 23 % протягом понад чотири роки).

Ймовірність смерті від самогубства була частою протягом першого року після епізоду (у середньому не менше ніж 1,8 % покінчили життя самогубством протягом першого року, 3 % – протягом чотирьох років, 3,4 % – протягом дев'яти років, і 6,7 % – протягом понад дев'ять років).

М. Седирке і А. Ойехаген [157] вказали, що протягом 1-12 місяців після спроби самогубства 30 пацієнтів повторили («ретранслявали») спробу. Упродовж 0-1 місяця в 13 пацієнтів була повторна спроба, і дев'ять із них також повторюється від 1 до 12 місяців. Наші результати, як стверджують автори, показують, що повторювана поведінка сама по собі є сильним предиктором майбутніх спроб, індикатором стратегій, спрямованих на повторення поведінки.

Дж. Ведріна і Д. Вебер [34] звернули увагу на те, що в кожній повторюваній спробі ризик смерті зростає, а суїцидальний акт у таких випадках «краще» підготовлений і менш імпульсивний. Летальність повторних спроб удвічі перевищує летальність первинних замахів. Водночас не застосовуються незвичайні або дуже жорстокі способи реалізації самогубств, характерні, наприклад, для «патологічних суїцидів» [35, с. 186].

Д. Л. Заль, К. Хаутон [209] порівняли, вивчаючи історії хвороби понад 11 тис. пацієнтів, групи з одиночним навмисним самоушкодженням (DSH, *deliberateself – harm*) і повторним. Ризик самогубства в другій групі був вищим у жінок, ніж у чоловіків, і в жіночій групі він був пов'язаний із віком. Так, автори роблять висновок, що повторення може бути кращим індикатором у молодих жінок. Додамо до цього думку Д. Шаффера, що 20 % чоловіків і 30 % жінок учиняли попередні суїцидальні спроби [195].

Група вчених, які проводили дослідження в популяції літніх європейців, вказала на високий ризик повторення суїцидальної поведінки в літніх людей, відзначаючи в них стійкість суїцидальних думок протягом

тривалого часу. Гідним уваги, на наш погляд, слід вважати виявлений ними факт смерті батька в дитинстві серед ретрансляторів [160].

Дитяча травма може виступати предиктором ретрансляційної поведінки. Інститутом психіатрії Болонського університету було зроблено дослідження 1 553 ув'язнених із застосуванням опитувальника дитячої травми (СТQ), опитувальника Басса – Дарки і Бреуна – Гудвіна методикою історії агресії протягом життя (ВГНА), що оцінює агресивну поведінку індивіда протягом двох етапів життя: у підлітковому віці та зрілому [182]. Дитяча психологічна травма виявилася фактором ризику не тільки для суїцидальної поведінки в цілому, але й для її раннього дебюту, також і для ризику виникнення психічного розладу та формування агресивних рис. Крім того, сексуальне насильство збільшує ймовірність ретрансляційної суїцидальної та інших форм самоушкоджувальної поведінки, що позитивно корелюють із дебютом.

Слід сказати, що підлітковий період у цілому показує високий рівень парасуїцидів і повторні спроби як спільну рису – про це свідчить дослідження суїцидальної поведінки серед підлітків в Європі. Дослідження, що проводилося в період 1989-1995 рр., мало на меті виявити закономірності та фактори ризику повторних суїцидів у старшому підлітковому віці (15-18 років). Було проаналізовано 1 720 суїцидальних історій і за допомогою регресії Кокса (прогнозування ризику настання події для розглянутого об'єкта й оцінка впливу незалежних предикторів на цей ризик) доведено, що попередні спроби самогубства і використання «жорстких» методів значно пов'язані з повторенням спроб і є найбільш важливим незалежним предиктором суїцидальної поведінки. Факторний аналіз, проведений у рамках нашого дослідження парасуїцидального типу поведінки в період «найближчого постсуїциду», дозволив виділити як окремий фактор парасуїцидального типу поведінки «парасуїцидальний досвід», що включає 13 ознак і свідчить про значний вплив попередніх суїцидальних ситуацій.

Найбільш вагомо представлені попередня суїцидальна спроба в анамнезі (0,856), вік першої суїцидальної спроби (0,818), що підтверджує припущення ряду суїцидологів про обтяжувальну роль раннього початку суїцидальної поведінки, і екстраверсія з негативним знаком (- 0,806), тобто інтроверсія. У діапазоні вагових показників більше ніж 0,700 розташовані показники числа скоєних парасуїцидів (0,798) та ініціативність із негативним знаком (- 0,761), тобто безініціативність, бажання триматися в тіні. Понад 0,600 мають показники часового проміжку між останньою і нинішньою спробами (0,667) і з негативним знаком товариськість (- 0,680), що свідчить про тенденцію бути на

самоті, можливого уникнення соціальних контактів, а вище 0,500 – із негативними значеннями сердечності (– 0,540), що свідчить про відгородженість парасуїцидента, пошук збудження (– 0,516). Вище за 0,400 знаходяться депресія (0,472), рефлексія (0,490), а з негативним знаком – активність (– 0,453), позитивні емоції (0,435) і цінності (0,498). Усе це говорить про те, що парасуїцидальний досвід переживається суб'єктами як внутрішній.

Які ще індикатори свідчать про можливість повторення, підвищений суїцидальний ризик? Порівняння парасуїцидентів з однією спробою в анамнезі та кількома (як мінімум, більше однієї) показало, що поведінка останніх у суїцидальній ситуації була більше спрямована на реалізацію спроби, ніж у представників першої групи. Так, можливий демонстративний елемент був значно меншим: під час учинення спроби поруч або в контакті нікого не було і для цього вживалися активні заходи обережності. Ці відмінності між згаданими групами підтвержені статистично. Також статистично достовірні наявність у ретрансляторів більш частих проблем із фізичним здоров'ям і невдоволення своїм фізичним «Я». У них на низькому рівні знаходяться постановка перспективних цілей, спрямованих на зростання й розвиток власної особистості, що можна побачити з нижчих показників самореалізації та саморозвитку в цілому.

Про те, що це можна розцінювати як тенденцію, свідчать клініко-психологічні характеристики порівняння парасуїцидентів, які вчинили дві спроби з парасуїцидентами, котрі скоїли більшу кількість спроб. У парасуїцидентів із переважною кількістю парасуїцидів також вищий рівень нейротизму, тривожності, депресії, нижчим є когнітивне управління діяльністю, компетентність у прийнятті рішень і обмірковування вчинків. Демонстративний елемент у суїцидальній ситуації менший, бажання смерті як мети суїцидальної дії вище, як і зв'язок між уживанням алкоголю та суїцидальною спробою. Мінімалістська установка в продукуванні цілей також вища.

Українські суїцидологи (Г. Я. Пилигіна та ін.), порівнюючи суїцидентів із первинними і повторними аутоагресивними діями, кажуть про становлення т. зв. «суїцидальної кар'єри» як про процес хроніфікації та якісного обваження аутоагресивної поведінки з високою ймовірністю реалізації життенебезпечних саморуїнливих дій. «До предикторів рецидивування аутоагресивної поведінки та формування «суїцидальної кар'єри» можна віднести почуття неприйняття сьогодення і майбутнього; почуття нерозуміння близькими, безпорадності, непотрібності, покинутості, нестерпної самотності в ролі основних патернів ескапізму. Також предикторами «суїцидальної кар'єри» є суб'єктивні переживання нестерпних депресивних почуттів, тривоги, психалгії;

мотиви уникнення страждання і смерті, відмови від життя, самопожертви, самопокарання. Суїцидальний ризик істотно високий за наявності байдужого і позитивного ставлення до реалізації аутоагресивних дій у найближчому постсуїцидальному періоді. Найбільш значуща для формування «суїцидальної кар'єри» та підвищення ризику реалізації повторних аутоагресивних дій комбінація вищенаведених факторів» [108].

Отже, дані й цього дослідження підтверджують, що повторні спроби мають рецидивуючу властивість і вказують на предиктори, які необхідно враховувати у профілактиці аутоагресивної поведінки.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Дайте визначення всім основним поняттям теми.
2. «Під час депресій часто спостерігаються добові коливання: хворі відчувають стан безвиході, глибоку внутрішню тугу і відчай. Саме в ці години здійснюється багато самогубств». Про яку пору доби йдеться?
3. Чим характеризується «депресивна тріада»?
4. Дайте характеристику реактивної депресії.
5. Проаналізуйте оповідання Л. Андрєєва «Мовчання». Опишіть особливості проявів депресивного синдрому в переживаннях героїні.
6. У який час року відбувається більша кількість самогубств?
7. Яке співвідношення між чоловіками та жінками в суїцидальних спробах?
8. Яке співвідношення між чоловіками та жінками у скоєних самогубствах?
9. Проаналізуйте новелу Ю. Місіми «Патріотизм». Визначте тип самогубства, який було обрано героями, засоби скоєння, зв'язок цього з традиціями культури.
10. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розмірковувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Розділ 6

ПРИЧИНИ ТА МОТИВИ САМОГУБСТВА

Для більш повного і глибокого аналізу природи самогубства велике значення має розуміння мотивів, що лежать в основі суїцидальних дій. А. Г. Амбрумова відзначала, що для правильного розуміння суїцидальної поведінки необхідно відповісти на два питання: чому людина вчинила суїцид і навіщо вона це зробила. Відповідь на перше питання передбачає аналіз життєвої ситуації, в якій перебував індивід; відповідь на друге питання – вивчення мотивів суїцидальної поведінки, цілей, яких він хотів досягти, здійснюючи суїцидальну дію.

Причини самогубства, як і будь-яких інших учинків, можуть бути різними. Причина – це все те, що викликає й зумовлює суїцид.

Основною причиною суїцидальних дій вважають соціально-психологічну дезадаптацію особистості. А. Г. Амбрумова і низка інших дослідників розцінюють суїцидальну поведінку як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту. Соціально-психологічна дезадаптація як невідповідність організму і середовища, може виявлятися в різному ступені і в різних особистих формах. А. Г. Амбрумова розрізняє лімітаційну (непатологічну) і трансформаційну (патологічну) дезадаптацію. Кожна з цих форм може бути парціальною (частковою) і тотальною (загальною) (Є. В. Змонановська, 2003).

Крім головної причини суїциду, існують ще й другорядні (хвороба, сімейно-побутові труднощі). Від причини слід відрізнити умову й привід. Під умовою розуміють такий комплекс явищ, який хоч і не породжує конкретні наслідки, але виступає необхідною передумовою їхнього становлення та розвитку. Приводом для здійснення суїциду може бути будь-яка зовні малозначна подія.

Одні й ті самі причини в неоднакових умовах призводять до різних наслідків (Е. Шнейдман, 2001). Причин досить багато.

Основні з них:

- 1) негаразди в особистому житті;
- 2) нещасливе кохання;
- 3) тотальні невдачі у спілкуванні з протилежною статтю;
- 4) нерозуміння оточуючими, самотність;
- 5) проблеми на роботі;
- 6) несправедливість щодо до себе;

- 7) цілеспрямоване цькування (у тому числі доведення до самовбивства);
- 8) фізичні знущання (згвалтування, побої);
- 9) фінансові проблеми;
- 10) втрата сенсу життя;
- 11) втрата інтересу до життя, втома від життя;
- 12) проблеми зі здоров'ям (евтаназія в штаті Флорида в США також формально є самогубством, оскільки, згідно з законом, хворий повинен вводити препарат собі сам);
- 13) самогубство для збереження честі (сеппуку);
- 14) бажання почати життя заново (для тих, хто вірить у реінкарнацію);
- 15) нереалізованість у житті (творча, професійна);
- 16) відчуття щастя, яке самогубець вважає недосяжним у майбутньому;
- 17) психічні розлади;
- 18) вживання психоактивних речовин;
- 19) релігійний фанатизм (зазвичай поширений у тоталітарних сектах), ритуальне самогубство;
- 20) ідеологічні (політичні, неприйняття цінностей соціуму в цілому);
- 21) військові (самогубство для завдання шкоди супротивнику та/або уникнення полону);
- 22) вимушене самогубство (за вироком суду, під загрозою болісної смерті або розправи з близькими родичами);
- 23) смерть когось із рідних чи друзів;
- 24) наслідувальне самогубство (після аналогічних смертей відомих особистостей або літературних персонажів).

ВООЗ налічує близько 800 причин самогубств. Серед них домінують такі:

- 41 % – невідомі;
- 19 % – страх перед покаранням;
- 18 % – душевна хвороба;
- 18 % – домашні засмучення;
- 6 % – пристрасті;
- 3 % – грошові втрати;
- 1,5 % – перенасиченість життям;
- 1,2 % – фізичні хвороби.

До страху перед покаранням, крім безпосереднього страху, відносять конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента, боязнь іншого покарання або ганьби, самоосуд за непорядний учинок.

Перенасиченість життям – стан, за якого багато життєвих речей (сім'я, робота, навіть усе життя) перетворюються в тягар, супутній стан – ангедонія.

А. А. Султанов (1983), вивчаючи причини суїцидальної поведінки в практично здорових підлітків та юнаків, виділив три основні групи факторів:

- 1) дезадаптація, пов'язана з порушенням соціалізації;
- 2) місце молодого людини в соціальній структурі не відповідає рівню її домагань;
- 3) конфлікти з родиною, найчастіше зумовлені неприйняттям системи цінностей старшого покоління;
- 4) алкоголізація й наркотизація як передумова для виникнення суїцидальної ситуації і передумов для швидкої її реалізації.

Безпосередні причини, що штовхнули людину на відмову від життя, як правило, тісно пов'язані з її найближчим оточенням – сім'єю, батьками, друзями. Головною ланкою у вирішенні цього питання є сама людина, від сили її особистості залежить, чи не здасться вона під впливом тривалих обставин, що травмують психіку (Т. В. Кондрашенко, С. А. Ігумнов, 2004). Р. Сейер, аналізуючи почуття, що стоять за суїцидальними діями, виділив чотири основні причини самогубства:

- 1) ізоляція (почуття, що тебе ніхто не розуміє, тобою ніхто не цікавиться);
- 2) безпорадність (відчуття, що ти не можеш контролювати життя, усе залежить не від тебе);
- 3) безнадія (коли майбутнє не віщує нічого хорошого);
- 4) почуття власної «незначущості» (уражене почуття власної гідності, низька самооцінка, переживання некомпетентності, сором за себе).

Однією з найважливіших причин суїциду є депресія. У стані депресії самогубство сприймається як порятунок від розпачу, безнадійності, болісної незадоволеності собою, болі (особливо постійної), невиліковного або такого, що ізолює від суспільства, захворювання (злоякісні пухлини, СНІД), безрадісної старості, похмурого та безнадійного майбутнього).

Самогубство може бути також наслідком розладів мислення в умовах психозу, особливо у хворих на шизофренію. Вони чують голоси, що наказують їм померти або стверджують, що вони недостойні жити. Люди, які сповідують східні релігії, можуть розглядати самогубство як спосіб відродитися в іншому житті. Самогубство може бути актом помсти («Ви пошкодуєте, коли я помру») або відобразити прагнення воз'єднатися з померлим. Добровільний відхід із життя, пов'язаний із нестерпним фізичним або емоційним стражданням або невиліковною хворобою, іноді називають раціональним самогубством. Згідно з Е. Дюркгеймом – першим дослідником ролі соціальних факторів у скоєнні самогубств, – у різних соціальних умовах по-різному представлено ризик розвитку

суїцидальної поведінки. Збільшення кількості самогубств відображає неблагополуччя суспільства.

Справжні причини самогубства часто не усвідомлюються суїцидентом – у цьому головна відмінність їх від мотивів. У психології мотивами називається предметна потреба, що спонукає до дій і усвідомлення їх носіями. Мотивація має ієрархічну структуру, тобто деякі мотиви можуть бути провідними. С. В. Бородінін і А. С. Михлином було зроблено спробу класифікації основних суїцидальних мотивів, серед яких автори виділяють такі:

1) особистісно-сімейні:

– сімейні конфлікти, розлучення (для підлітків – розлучення батьків);

– хвороба, смерть близьких;

– самотність, невдала любов;

– статеву неспроможність;

– образи з боку оточуючих і т. д.;

2) стан здоров'я:

– психічні захворювання;

– соматичні захворювання;

– каліцтва;

3) конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою:

– побоювання кримінальної відповідальності;

– боязнь іншого покарання або ганьби;

4) конфлікти, пов'язані з роботою чи навчанням;

5) матеріально-побутові труднощі;

6) інші мотиви.

У радянській суїцидології була поширена класифікація В. А. Тихоненка [129], згідно з якою виділяють п'ять провідних мотивів суїцидальної поведінки: «заклик», «протест», «уникнення», «самопокарання» і «відмову».

«Заклик» («крик про допомогу»). Індивід здійснює суїцидальну спробу, керуючись метою привернути увагу оточуючих, отримати від них допомогу і підтримку. До цієї групи також відносять демонстративно-шантажні спроби, зроблені з метою вплинути на певних осіб із соціального оточення. За наявності мотивів цього типу в прямій або непрямій формі подаються сигнали про наміри, загрози покінчити з собою. Спроба, зазвичай, відбувається в присутності людей, або робиться так, щоб близькі чи інші значущі люди дізналися про спробу: найчастіше це робиться після самоотруєння, іноді після самопорізів.

«Протест». Індивід, відчуваючи виникнення в ситуації з ворожим об'єктом почуття гніву, образи, люті тощо, здійснює суїцидальну дію,

щоб висловити свій протест проти того, що відбувається, спрямовувати свій суїцидальний вплив на цей об'єкт. Суїцидальні дії заздалегідь не плануються, носять характер «коротких замикань», нерідко відбуваються у стані алкогольного сп'яніння.

«Уникнення» («парасуїцидальна пауза»). Відбуваються переважно у важкій психотравматичній ситуації під впливом переживання безвиході, безпорадності, неможливості виправити ситуацію, що склалася. Мета – уникнути страждань та ситуації, що їх передбачає. Мотиви за типом «уникнення» є одними з найбільш поширених і трапляються в 50-70 % осіб з істинними спробами суїциду. Цей тип мотивації характерний для осіб у віці понад 30 років. Суїциди здійснюються шляхом самоповішання, самоотруєння.

«Самопокарання». Індивід здійснює суїцид під впливом інтенсивних переживань сорому, провини, почуття ненависті до себе. Такий тип мотивації характерний для людей середнього віку. Самогубство найчастіше відбувається жорстоким способом (самоповішання, падіння з висоти).

«Відмова». Людина здійснює суїцид, керуючись прагненням померти, припинити своє існування, зазвичай пов'язане зі втратою сенсу існування. Суїцидальні дії переважно носять спланований характер і відбуваються на самоті. Реакції такого типу характерні для осіб у віці понад 40 років, у яких учиненню суїциду передують виражені депресивний стан. Подібні суїцидальні реакції найбільш часті під час «істинного» суїциду.

Дослідження, проведені нами серед парасуїцидентів, показали, що індивідам, які відчували перед суїцидальною спробою явно виражене відчуття безнадійності (група В), частіше властиві саме реакції за типом «відмови», порівняно з тими, хто цього почуття не відчував (група А).

Таблиця 4

Мотиви, виявлені в осіб, які вчинили суїцидальні спроби

Мета	Група А (%)	Група В (%)
1. Крик про допомогу (заклик)	15,6	15,8
2. Тимчасовий відпочинок (уникнення)	27,9	26,37
3. Смерть (відмова)	21,8	47,4 (p < 0,05)*
4. Протест	4,3	–
5. Знайти сенс	2,2	–
6. «Набридло» (самопокарання?)	4,3	–
7. Не змогли визначитись	23,9	10,43

* за критерієм Вілкоксона

Н. В. Конончук досліджувала історії 85 жінок, які вчинили спробу самогубства шляхом отруєння і залишилися живими. Вона взяла за

основу класифікацію В. А. Тихоненка. Дослідник виявила, що навіть у тих випадках, коли суїциденти, здавалося б, вказують на смерть як головну мету акту, а бажання померти – як основний мотив (у групі «т. зв. дійсних суїцидів»), за більш ретельного аналізу психологічного сенсу аутоагресивних дій виявляється комплекс складових, що не збігаються з кінцевою метою суїциду (тобто зі смертю). Це бажання хоч якось послабити напругу з відчуттям нестерпної душевної болі, висловити активний протест проти сформованого становища тощо.

Сама ж Н. В. Конончук дотримується думки, що завершений суїцид і замах на нього являють собою дві принципово різного роду дії. «Якщо за завершеного суїциду агресія спрямована проти власного «Я», то під час замаху вона змінює точку програми і спрямована в основному зовні, що визначає кінцеву мету замаху – апеляцію до необхідності людських відносин» [80, с. 95]. Крім того, вона аргументує і посиленням на авторитети («... провідні суїцидологи вважають, що самогубство і замах на нього являють собою два абсолютно різних... і т. д.») [80, с. 95].

Серед досліджуваних «істинних суїцидентів» 29 % були особами з низьким освітнім рівнем, які не володіли здатністю до тонкого нюансування своїх переживань. У решти, поряд із бажанням померти, мали місце «уникнення страждання», «парасуїцидальна пауза», «звернення». Ще більше це помітно в двох інших групах суїцидентів, які дослідник кваліфікує як «афективні» і «демонстративні». Резюме Н. В. Конончук: «... незважаючи на відмінність у трьох групах за ступенем тяжкості конфлікту, серйозності суїцидальних намірів, тривалості пресуїциду, соматичної тяжкості спроби, є і досить істотні особливості психологічного сенсу суїциду. Практично під час будь-якого суїциду в осіб, які не страждають психічними захворюваннями, відсутнє справжнє бажання смерті. Як правило, під бажанням померти пацієнти мають на увазі бажання позбутися будь-якими способами від нестерпної ситуації без усвідомленого уявлення про смерть як такої» [80, с. 101].

Отже, можна відзначити, що справжні мотиви суїцидальної поведінки дуже часто можуть не збігатися з версіями найближчих подій самих суїцидентів (версіями спотвореними, як правило, оскільки свідомість суб'єкта в цей момент найчастіше звужена), тобто мотивуваннями.

Доведено, що близько $\frac{2}{3}$ усіх самогубств відбувається під впливом мотивів особистісно-сімейного характеру: сюди можна віднести сімейні конфлікти та розлучення, хворобу і смерть близьких, самотність, невдалу любов [148, с. 90].

У проведеному нами дослідженні парасуїцидального типу поведінки в клінічній бесіді суїцидентам ставилося запитання: «Чи

мала місце певна подія або обставина, що сталася за кілька місяців до Вашої суїцидальної спроби, і особливо Вас засмутила (розсердила, фруструвала, стривожила)?». 75,4 % респондентів експериментальної групи вказали на конфлікт (сварку) як на подію, що виявилася найбільш стресогенною; із цієї кількості 63 % відзначили сварку з чоловіком (партнером), 13 % – сварку з матір'ю, 4,34 % – сварку з батьком, 6,5 % – сварку з обома батьками. 6 % фрустрантів визначили емоційний стан (почуття провини, наприклад), а 3,6 % – психологічну травму.

Найбільше 20 % представників експериментальної групи поставили конфлікт на перше місце серед негативних подій та обставин, які стали найважливішими для рішення вчинити спробу самогубства. Ще 18,8 % поставили цей фактор на друге місце і 12,7 % – на третє. Наступним за значущістю фактором є переживання самотності, відповідно: 11,3 % / 16,3 % / 19 %. Проблема самотності А. Амбрумова відносила до центральної в генезі суїциду в будь-якому віці [6, с. 15].

В аналізі бесід, проведених із парасуїцидентами, ми використовували ситуаційний підхід, у якому ситуація розглядається як одиниця психічної діяльності [30]. Це означає, що життєдіяльність суб'єкта розглядається як послідовна зміна ситуацій, а в ситуаціях чітко розмежовуються зовнішні та внутрішні умови. Останні включають кілька інстанцій «Я», які ставлять цілі і досягають їх за допомогою дій.

У цьому випадку ми керувалися поняттям суїцидальної ситуації, що має зовнішні та внутрішні умови і мету – учинення суїцидальної дії, яка закінчується остаточним актом – операціями, характерними для суїциду – затягування мотузки, ковтання пігулок або отруйних речовин [73].

Нами було встановлено чотири групи мотивів, які висувалися парасуїцидентами в ролі основи для здійснення суїцидальної дії. Ми представляємо їх так:

Група А – вина: індивід обтяжений переживаннями з приводу невідповідності таким собі зразкам або зобов'язанням, реальним або уявним, за дії, які, на думку його, непоправні і несуть загрозу іншим; самогубство – це шлях, який полегшує стан.

Група В – неспроможність дати відсіч: зазвичай у ситуації конфлікту індивід ригідний у взаємодії, його поведінкові патерни у спілкуванні обмежені й стереотипні, він не може постояти себе, перейти на інший рівень спілкування, запропонувавши інші аргументи.

Група С – нестерпність ситуації: у парасуїцидента немає іншого вибору, як реагувати реактивно, не підіймаючись вище від ситуації.

Група D – фіксація на одній діяльності або меті: крайній егоцентризм, усе, тільки було б задоволене моє право (любити, ненавидіти, діяти подібно).

Російський суїцидолог В. С. Єфремов пропонує оперувати терміном «детермінанти» суїцидальної поведінки, під якими він розуміє фактори, які відіграють провідну роль у формуванні суїцидальної поведінки [56]. Це найбільш значущі складові з усього різноманіття причин, що лежать в основі суїциду. Пропонуючи використання поняття «детермінанта», автор намагається подолати однобічність підходів до вивчення мотивів і причин суїцидальної поведінки. Мотив, – стверджує В. С. Єфремов, – незалежно від ступеня його адекватності наявним у людини психічним переживанням ніяк не може ототожнюватися з дійсною причиною такої складної і структурованої відповіді, як замах на самогубство. Розгляд детермінант (тобто провідних причин) суїцидальної поведінки передбачає комплексну оцінку всього різноманіття причин та умов, що визначили замах на самогубство, причому детермінанти, за В. С. Єфремовим, – це не ізольовані фактори різного походження, а їх несприятливе поєднання, **констеляція** (за висловом того ж В. С. Єфремова) особистісних характеристик і станів, що виникають у людини в певній ситуації. Вони (ці складові, або **регістри**, можуть бути особистісними, середовищними або статусними). Проте (чи, радше, завдяки цьому) в кожному суїцидальному акті необхідно шукати провідний системоутворювальний фактор у рамках безлічі причин, пов'язаних із формуванням суїциду. Можна сказати, що детермінанти – це рушійні сили суїцидальної поведінки, але, на відміну від мотивувань, пропонованих суб'єктом суїцидальної дії, детермінанти визначаються фахівцем-аналітиком.

Цей підхід не суперечить, а доповнює наше уявлення про суїцидальну ситуацію, два її аспекти – внутрішній і зовнішній, а також мотиваційний та операційний аспекти ситуації, що вимагають аналізу для проведення профілактичної роботи.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Дайте визначення всім основним поняттям теми.
2. Дайте визначення непатологічної та патологічної дезадаптації.
3. Визначте основні групи причин суїцидальних проявів у юнацькому віці за А. А. Султановим.
4. Визначте суїцидальну поведінку Віри з оповідання Л. Андрєєва «Мовчання» за класифікацією А. В. Тихоненка.
5. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розмірковувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Розділ 7

ОЦІНКА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ

У попередніх розділах ми розглянули чинники, що формують суїцидальну поведінку. Облік цього важливий для розгляду ймовірності суїцидальної дії. Традиційно в суїцидології це називається «оцінкою суїцидального ризику». Ми також будемо дотримуватися цієї конструкції, хоча зауважимо, що вона не зовсім точно визначає суб'єкт суїцидальної дії*.

Виділяють три ступені суїцидального ризику:

- 1) незначний ризик (є суїцидальні думки без певних планів);
- 2) ризик середнього ступеня (є суїцидальні думки, план без термінів реалізації);
- 3) високий ризик (є думки, розроблено план, є строки реалізації та засоби для цього);

*Примітка. У психології термін «ризик» пов'язаний із трьома напрямками досліджень:

– ризик як ступінь очікуваної невдачі в діяльності. Вага ризику визначається як добуток ймовірності невдачі та ступеня несприятливих наслідків;

– ризик як дія, що загрожує суб'єкту певними втратами (програвшем, захворюванням, іншим збитком). Розрізняють умотивований ризик, що передбачає отримання ситуативних переваг у діяльності, невмотивований ризик, який не має раціональної підстави; виправданий і невинуватий ризик;

– ризик як ситуація вибору. Вибір повинен бути здійснений між менш привабливою, але більш надійною стратегією, і більш привабливою, але менш надійною («Синиця в руках або журавель у небі»).

Схильність до ризику являє собою досить стійку характеристику індивіда і пов'язана з такими особистісними рисами, як імпульсивність, незалежність, прагнення до успіху, схильність до домінування. На ризикову поведінку впливають також і культура, і соціальні умови.

Антиподом ризику є гарантії. Виділяють гарантії досягнення (розраховані на успіх) і гарантії компенсації (розраховані на невдачу).

Можна зробити висновок із вищевикладеного, низка положень зустрічалася нам і раніше стосовно суїцидальної поведінки, як, наприклад, деякі особистісні риси: імпульсивність, певною мірою схильність до домінування (домінування певної мети, переживання), вплив культурних і соціальних факторів, а гарантії можна розглядати як антисуїцидальні фактори.

Водночас ризик розглядається з точки зору суб'єкта дії, а не стороннього спостерігача, тобто «мій ризик, а не його ризик». Тому ми вважаємо, що більш коректно говорити про ймовірність суїцидальної поведінки, суїцидальних дій, можливо схильності до цього.

Оцінка ризику (ймовірності) суїцидальних дій враховує певні демографічні, медичні та інші характеристики.

Соціально-демографічні фактори:

1. Стать – чоловіча (рівень суїцидів у чоловіків у три-чотири рази вищий, ніж у жінок, тоді як у жінок приблизно в три рази вищий рівень суїцидальних спроб).

2. Вік – вікова група від 45 до 65 років (група високого ризику: підлітки та молоді люди обох статей – від 12 до 14 років, чоловіки 20-30 років, обидві статі старше 50 й особливо старше 60 років). Суїцидальні спроби: максимальна кількість для вікового діапазону 25-29 років.

3. Сімейний стан – ніколи не перебували в шлюбі, розлучені, вдови, бездітні і ті, хто проживає на самоті.

4. Освіта та професійний статус – безробітні, а також особи з вищою освітою та високим професійним статусом. Професія чи рід занять: військовослужбовці строкової служби, лікарі – передусім психіатри та анестезіологи.

5. Релігія – рівні суїцидів вищі серед атеїстів, порівняно з віруючими. Серед основних конфесій максимальна кількість суїцидів реєструється в буддистів, мінімальна – у мусульман; християни й індуїсти займають проміжне місце.

Рівень парасуїцидів вищий серед осіб із середньою освітою і невисоким соціальним статусом.

Медичні фактори суїцидального ризику.

1. Психічна патологія. Психічні розлади є критичним чинником ризику суїциду. Згідно з результатами досліджень ВООЗ (2002), у багатьох випадках стан людини на момент суїциду відповідає критеріям діагнозу певного психічного розладу. Найчастіші серед них – розлади настрою (РН), розлади особистості (РЛ) і залежність від психоактивних речовин (ПАР), шизофренія та інші психози. У 31-44 % випадків самогубств експерти ставлять більше одного психіатричного діагнозу; отже, коморбидність (тобто супутні захворювання) розладів значно збільшує ризик суїциду. Депресія, на думку ряду дослідників, – помірний або важкий депресивний епізод, що передує 45-70 % суїцидів. Ризик суїциду в пацієнтів, які страждають депресією, є дуже високим – 8-30 %.

2. Синдром залежності від алкоголю. Від 10 до 22 % тих, хто вмирає в результаті суїциду, страждають від алкогольної залежності. Рівні суїцидів у вибірках залежних від алкоголю досягають 270 / 100 000, що майже в 20 разів перевищує показники в загальній популяції (14-17 / 100 000).

3. Синдром залежності від опіатів. Рівень суїцидів у вибірках героїнових наркоманів значно перевищує популяційний і коливається в діапазоні 82-350 / 100 000.

4. Шизофренія. Ризик суїциду в цій групі пацієнтів майже такий, як і серед тих, хто страждає від депресії, і становить 10-12 %, а рівень суїцидів коливається від 147 до 752 на 100 000 пацієнтів за рік.

5. Розлади особистості. Максимальний ризик СП (3-9 %) пов'язаний з емоційно нестійким РЛ (Енрліх), для якого характерні швидкі зміни настрою, напружені міжособистісні стосунки, імпульсивність, почуття «спустошеності» і «безглуздості», мислення в «чорно-білих тонах». Характерно те, що Енрліх часто поєднується з РН і залежністю від ПАР. Поєднання цих трьох клінічних станів є найсильнішим предиктором СП.

6. Інші психічні розлади. Високий суїцидальний ризик може бути асоційований із такими розладами, як нервова анорексія, панічний розлад, розлади, пов'язані зі стресом та ін. Як правило, предиктором суїциду є не діагноз, а клінічний стан пацієнта, психопатологічний синдром, реєстрований на певний момент.

7. Соматична патологія. Зв'язок між соматичною патологією та СП значний. За даними досліджень, приблизно 70 % людей, що здійснюють самогубство, страждають на гостре або хронічне захворювання на момент смерті. Близько 50 % із цієї групи страждають на поєднання психічного розладу й соматичного захворювання. Групу підвищеного суїцидального ризику становлять особи з важкими хронічними захворюваннями. Крім фізичних страждань або хронічного больового синдрому, ці захворювання спричиняють низку негативних соціально-психологічних наслідків для пацієнта. У зв'язку з цим соматичні захворювання часто поєднуються з депресією або є однією з її причин.

Найбільший ризик суїциду пов'язаний із такими станами: епілепсія; онкологічна патологія і захворювання органів кровотворення; серцево-судинні захворювання (ІХС); захворювання органів дихання (астма, туберкульоз); уроджені й набуті каліцтва; втрата фізіологічних функцій; ВІЛ-інфекція; стани після важких операцій та трансплантації донорських органів і тканин; штучна нирка.

Постійний прийом певних лікарських препаратів може посилювати стан депресії у хворих на хронічні захворювання. До таких медикаментів належать: препарати раувольфії та інші гіпотензивні засоби, блокатори адренергічних рецепторів, кортикостероїди, протипухлинні та антигістамінні засоби. Соматичні захворювання часто супроводжуються тим чи іншим психічним розладом, що володіє високим суїцидальним ризиком. Депресивні стани часто супроводжуються зниженням імунітету та почастішанням інфекційно-запальних або респіраторних захворювань,

хворі на алкоголізм часто страждають хронічними захворюваннями печінки і т. д.

Психічний розлад може виявлятися або маскуватися соматичними симптомами: вегетативна нестабільність, функціональні порушення гастроінтестинального тракту, мігреноподібні головні болі можуть бути симптомами тривожного розладу, соматизованих розладів або депресії. Психічний розлад може бути наслідком соматичного захворювання (реактивна депресія у пацієнта, котрий дізнався про наявність невиліковного захворювання; тривога у зв'язку з очікуванням важкої операції; панічні атаки під час нападів стенокардії та ін.).

Індикатори суїцидального ризику

Це особливості ситуації, що склалися, настроїв, когнітивна діяльність і висловлювання людини, які також збільшують ступінь ризику суїцидальної поведінки.

Ситуаційні індикатори суїцидального ризику:

- 1) смерть коханої людини, особливо дружини або чоловіка;
- 2) розлучення;
- 3) втрата роботи;
- 4) вихід на пенсію;
- 5) вимушена соціальна ізоляція, особливо від сім'ї або друзів (еміграція, вимушене переселення, тюремне ув'язнення, у підлітків – переїзд на нове місце проживання);
- 6) сексуальне насильство;
- 7) небажана вагітність (у підлітків);
- 8) «втрата обличчя» – у підлітків (ганьба, приниження).

Поведінкові індикатори суїцидального ризику:

- 1) зловживання психоактивними речовинами, алкоголем;
- 2) ескейп-реакції (відхід із будинку і т. п.);
- 3) різке зниження повсякденної активності;
- 4) зміна звичок, наприклад недотримання правил особистої гігієни, догляду за зовнішністю;
- 5) перевага тим розмовам і читанням, що пов'язані зі смертю і самогубствами;
- 6) часте прослуховування траурної або сумної музики;
- 7) «приведення справ у порядок» (оформлення заповіту, урегулювання конфліктів, листи родичам і друзям, роздаровування особистих речей).

Комунікативні сигнали суїцидального ризику

Прямі або непрямі повідомлення про суїцидальні наміри («Хочу померти» – пряме повідомлення, «Скоро все закінчиться» – непряме). Жарти, іронічні висловлювання про бажання померти, про безглуздість життя також належать до непрямих повідомлень.

Когнітивні індикатори суїцидального ризику:

- 1) дозволяючі установки до суїцидальної поведінки;
- 2) т. зв. «негативна тріада», характерна для депресивних станів: негативні оцінки своєї особистості, навколишнього світу і майбутнього. Власна особистість постає як нікчемна, яка не має права жити; світ розцінюється як місце втрат і розчарувань; майбутнє мислиться як безперспективне, безнадійне;
- 3) «тунельне бачення» – нездатність побачити інші прийнятні шляхи вирішення проблеми, крім суїциду;
- 4) наявність суїцидальних думок, намірів, планів;
- 5) імпульсивність як характерологічна риса відіграє важливу роль у суїцидальній поведінці, особливо в підлітків;
- 6) доступність засобів суїциду.

Емоційні індикатори суїцидального ризику:

- 1) амбівалентність щодо життя;
- 2) депресивний настрій: байдужість до своєї долі, пригніченість, безнадійність, безпорадність, відчай;
- 3) переживання горя.

Ресурси (засоби вирішення проблеми)

Це ті «сильні сторони» людини, які слугують основою її життєстійкості і збільшують імовірність подолати кризу з позитивним балансом.

Внутрішні ресурси

- інстинкт самозбереження;
- інтелект;
- соціальний досвід;
- комунікативний потенціал;
- позитивний досвід вирішення проблем.

Зовнішні ресурси

- підтримка сім'ї та друзів;
- стабільна робота;
- відданість релігії;
- стійке матеріальне становище;
- медична допомога;
- індивідуальна психотерапевтична програма.

Оцінка ризику належить до дій превентивного характеру, зокрема лікарів, психологів, соціальних працівників. Визнаний фахівець у галузі суїцидології Д. Вассерман зазначала: «Оцінка суїцидального ризику (у нашому контексті – «імовірність суїцидальної дії» – прим. авт.)» є найскладнішим видом оцінки стану пацієнта в психіатричній практиці, оскільки в цьому випадку мова йде про життя і смерть людини, що викликає в лікарів страх. Лікарям не слід – та це й неможливо – брати

на себе відповідальність за життя пацієнта з суїцидальними тенденціями, а проте, з іншого боку, їм необхідно оптимально застосовувати на практиці свої знання для запобігання загрозі самогубства» [32]. Подібні зауваження можна віднести і до соціальних працівників, які в ході своєї діяльності можуть стикатися з клієнтами з потенційною можливістю суїцидальних дій. Зрозуміло, соціальний працівник не володіє кваліфікацією і рівнем знань фахівця-суїцидолога або лікаря, тим паче, лікаря відповідного профілю – психіатра або психотерапевта, та й не його справа ставити діагноз, але, як фахівець професій системи «людина – людина», він більшу частину своєї роботи проводить у сфері людської комунікації. Тобто відповідні прояви суїцидальної активності він зобов'язаний знати, так само, як і основні моменти тактики взаємодії з людиною з суїцидальними тенденціями або парасуїцидентом. До того ж це бажано знати кожному, щоб вчасно розпізнати і надати першу емоційну допомогу своїм близьким у подібній ситуації.

Діяльність людини допоміжних професій у ситуаціях, пов'язаних із суїцидальною небезпекою, має ряд труднощів, у тому числі й суб'єктивного характеру. Численні соматичні та депресивні скарги, прояви низької соціальної та побутової продуктивності, надмірна наполегливість чи емоційна недоступність можуть провокувати певну захисну поведінку, як у близьких пацієнта, так і в працівників, що надають допомогу: (медиків, психологів, соціальних працівників). Згадка про суїцидальні наміри, підозра про наявність у пацієнта психічного розладу можуть викликати низку специфічних почуттів, які властиві багатьом людям у подібній ситуації:

- *тривога та страх* – пов'язані з можливістю реалізації пацієнтом суїцидальних ідей та уявленнями фахівця про негативні для нього наслідки цього акту: адміністративне покарання, скарга родичів і т. д.;

- *роздратування і гнів* – пов'язані з відчуттям маніпулятивного тиску, «суїцидального шантажу», з якими часто асоційовано суїцидальну поведінку, незалежно від її мотивів і результатів;

- *презирство і знецінення* – пов'язані як із фактом традиційного «стигматизаційного» ставлення до людей із психічними розладами, так і з фактом культурального сприйняття суїциду як гріха, моральної слабкості, неповноцінності;

- *гіпертрофоване почуття провини* – пов'язане з відчуттям власної причетності до суїцидальних висловлювань або дій пацієнта.

Ці та інші емоції сприяють формуванню непродуктивних захисних реакцій фахівця (лікаря, психолога, соціального працівника), що перешкоджають адекватній оцінці суїцидального ризику:

- *уникнення* питань про суїцидальні наміри. Після спостереження перших ознак суїцидального ризику (прихованих чи явних) спеціаліст

неусвідомлено заперечує необхідність подальшого уточнення («Якщо я про це не знаю, то цього не існує»). Крім того, він може необгрунтовано побоюватися, що питання про суїцид підштовхнуть пацієнта до його реалізації. Насправді розпитування пацієнта про суїцидальні наміри можуть принести йому полегшення;

– *недовіра пацієнтові*. Фахівець не допускає думки, що суїцидальні висловлювання (або інтуїтивні побоювання спеціаліста) можуть бути реалізовані («Ті, хто здійснює суїцид, про це не говорять», «Істеричні реакції не небезпечні»). Відчуваючи недовіру, пацієнт або йде від контакту, або намагається «довести серйозність» своїх намірів (здійснює повторні суїцидальні дії);

– *ворожість до пацієнта*. Може проявлятися у відкритому конфлікті, у бажанні швидко позбутися від пацієнта, у провокуванні пацієнта на більш небезпечні дії («Якщо Ви хотіли покінчити з собою, чому ж тільки руку порізали?»);

– *моралізаторство й осуд*. Фахівець може намагатися переконати пацієнта в «гріховності», «аморальності» його думок чи дій, намагатися «наставляти на шлях істинний» і т. д., звичайно, така поведінка посилює в пацієнта почуття провини й сорому, перешкоджає відкритому діалогу;

– *відчуття власної некомпетентності*. Спеціаліст уникає оцінювати ризик суїциду і психічний статус, або вважаючи себе некомпетентним у цій галузі, або не відносячи це до своїх професійних обов'язків («Це справа психіатрів»). Як говорилося вище, до 60 % людей, що вмирають унаслідок суїциду, ніколи за життя до психіатрів не звертаються. У зв'язку з цим первинна оцінка психічного стану й ризику суїциду є одним із професійних обов'язків лікарів усіх лікувальних спеціальностей.

Деяких із почуттів, які виникають у процесі комунікації з пацієнтом, практично неможливо уникнути, оскільки вони базуються на особистісних та біографічних особливостях фахівця. Проте їх можна відстежити й оцінити, як вони можуть вплинути на поведінку пацієнта й адекватність оцінки ризику суїциду. Проаналізоване власне почуття, як правило, знижує свою інтенсивність, що робить можливим «прийняти» фахівцеві суперечливі емоції та поведінку пацієнта без моральної оцінки й особистої образи.

Відчутну допомогу в роботі з клієнтами можуть надати й відповідні методики, наприклад шкала суїцидальних намірів А. Бека, карта ризику суїцидальності, розроблена Н. Конончук, шкала суїцидального ризику Лос-Анджелеського суїцидологічного центру, шкала суїцидального ризику у хворих на алкоголізм Н. Є. Лушева, шкали безнадійності, психодіагностичні методики, які ми розглянемо у відповідному розділі.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Дайте визначення всім основним поняттям теми.
2. Опрацюйте розділ «Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування» із книги В. Ромека зі співавторами [183] та розробіть схему діагностичної бесіди з клієнтом.
3. Визначте ступені суїцидального ризику.
4. На прикладі героя літературного твору («Самотність у мережі», «Мовчання», «Патріотизм», «Страждання юного Вертера», «Анна Кареніна») визначте індикатори суїцидального ризику в їхній поведінці.
5. Окресліть внутрішні та зовнішні ресурси клієнта в допомозі щодо подолання кризи.
6. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розмірковувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Р о з г л 8

СИТУАЦІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ОДИНИЦЯ. ЦІЛЬОВА СПРЯМОВАНІСТЬ ПАРАСУІЦИДАЛЬНОЇ ОСОБИСТОСТІ

Оскільки вивчаючи проблеми людей, які вирішують свої труднощі відходом із життя, ми постійно маємо справу з кризовими ситуаціями, тому виділимо ще один підхід – погляди К. Левіна на особливості особистості, які він вивчав в експериментальних умовах. Ним вивчалася вся ситуація в цілому, коли в перцептивне поле зовнішніх умов було включено особистість. Відстежувалися закономірні зміни, що впливають на поведінку особистості під час варіювання зовнішніх умов. Такий підхід можна назвати ситуаційним. Ситуацію як психологічну одиницю надалі розглядали й інші психологи.

Л. С. Виготський [39] і Л. І. Божович [23] говорили про соціальні ситуації розвитку, А. Валлон [28] – про ситуації в розвитку інтелекту, а Е. Фромм – про людські ситуації [134]. Потім під ситуаціями стали розуміти безпосередню взаємодію навколишнього середовища і суб'єкта.

Свій внесок у вивчення ситуації внесли українські психологи Л. Ф. Бурлачук і Є. Ю. Коржова, які розглядали ситуацію як «природний сегмент соціального життя, який визначається залученими в неї людьми, місцем дії, сутністю діяльності та ін.» [25, с. 133]. І далі: «Ситуація визначається як система суб'єктивних й об'єктивних елементів, які об'єднуються в діяльності суб'єкта» [50, с. 136]. Як бачимо з цитати, у вирішення проблеми ситуації внесено діяльнісний підхід.

П. Я. Гальперін розглядав предмет психології крізь призму «ситуацій на основі їх відображення» [40]. У дію особистості як один із найважливіших компонентів входять цілі. Окреслений план дій як безпосередня мета є відмінною рисою особистості взагалі.

У зарубіжній психології в рамках інтеракціоністського підходу М. Аргайл, А. Ферх і Дж. Грахам у провідні компоненти ситуації включали цілі. Цілі безпосередньо пов'язані з мотивами та потребами особистості і ведуть до задоволення останніх у кожній конкретній ситуації [13]. Отже, проблема спрямованості особистості може вирішуватися через виявлення ролі цілей у цій спрямованості, а вивчення цієї проблеми може розглядатися як дослідження цільової спрямованості особистості.

Із нашої точки зору, вирішення проблем суїцидальної особистості на сучасному етапі можливе на основі розробки концепції спрямованості особистості. Найбільш близьким до розуміння причин і мотивів особистості суїцидента є футурреальний підхід Я. В. Васильєва, який вивчав цільову спрямованість людини. У цьому підході основний акцент ставиться на вивченні ролі майбутнього і перспектив розвитку особистості, а також на її саморозвиток [30].

Футурреальна психологія в центрі ставить орієнтацію особистості на ситуації майбутнього, виходячи із ситуацій теперішнього. У напрямі цієї психології Я. Васильєв виходить із того, що вивчати майбутнє ми можемо через спрямованість особистості, в якій операціональним компонентом є мета. Вивчаючи цілі, ми вивчаємо спрямованість особистості з тих предметів і об'єктів, на які ці цілі спрямовані.

Я. В. Васильєвим в аналізі ситуацій було встановлено просторово-часовий континуум. Він дозволив привести у відповідність відносини між просторовими і часовими параметрами зовнішніх умов ситуації, а також співвіднести ці зовнішні умови зі внутрішніми умовами ситуації, тобто із суб'єктом. Ним було виявлено рівневу структуру внутрішньо-ситуаційних відносин, яка складається з трьох рівнів – ситуативного, ситуаційного і надситуативного. Було встановлено, що ситуативний рівень спирається на ситуації актуального і глибинного минулого часу, ситуаційний – на ситуації теперішнього часу, а надситуативний – на ситуації майбутнього часу.

Цілі виступають сполучною ланкою між реальними ситуаціями теперішнього часу і майбутнім, а за цілями стоять мотиви і способи дії. Для експериментального дослідження футурреальності особистості дослідником було розроблено «Методику дослідження цільової спрямованості особистості», що передбачає в дослідженні застосування евентуального експерименту (від гр. – «можливість», «випадок»).

Аналіз результату припускав визначення змісту цілей, які класифікувалися за шириною та висотою. Під шириною розуміється спектр дій, який дає кількісну характеристику складу цілей. У цій методиці кількість цілей було обмежено – у середньому 20 цілей, але можливі були й винятки, як у бік збільшення кількості, так і зменшення її, але в межах ліміту часу – 10 хв.

За висотою цілі поділялися на три види: близькі, середні та віддалені, які відповідали ситуативним, ситуаційним і надситуативним рівням. Кожен рівень визначався за змістовним аналізом цілей і їх віддаленістю від реальної ситуації теперішнього часу. За змістовного аналізу враховувалися такі параметри, як кількісний склад завершеної пропозиції, наявність уточнювальних умов або якісних оцінок, ставлення до саморозвитку, турбота про інших і загальнолюдські цінності.

Поділ цілей на види за віддаленістю від ситуації теперішнього часу відображають певний ступінь прояву футурреальності особистості. До ситуативного рівня ставилися близькі цілі, виражені одним або двома словами, сенсом яких була меркантильна або утилітарна мотивація, і в основному вони ставилися до особистої сфери. Цей рівень відображає егоцентричну позицію особистості і відрізняється шизоїдно-параноїдальним синдромом рис особистості.

Ситуаційний рівень характеризувався середніми цілями, а пропозиції включали умови досягнення цілей або їх оцінку. Мотивація сенсу цілей на цьому рівні була прагматичною або престижною і ставилась більшою мірою до навчально-професійної сфери. Ситуаційний рівень відбиває раціональну позицію особистості і характеризується зниженням показників клінічних шкал методики ММРІ.

Надситуативний рівень характеризується далекими і високими цілями, у яких проявляється турбота про інших, тенденції до саморозвитку та самовдосконалення, а також вказуються загальнолюдські цінності. Мотивація внутрішня і творча, і кількісний склад сфер спрямованості особистості зазвичай широкий. Цей рівень відображає альтруїстичну позицію особистості, а синдром рис іпохондрії емотивний.

Динамічна складова цільової спрямованості особистості в «Методиці...» визначалася за співвідношенням двох рядків порядку цілей. Перший ряд чисел відбивав спонтанний список цілей, а в другому – після ранжування значущості цілей для суб'єкта. Фактично цим співвідношенням установлюються несвідомо-свідомі ставлення цільової спрямованості особистості.

Було встановлено чотири типи: альтруїстичний, раціональний, упертий і парадоксальний.

Під час визначення типу особистості, за умовами методики, слід орієнтуватися на надситуативний рівень. Якщо він знаходиться на першому місці у вихідному списку (несвідомо продукованих цілей), то це означає, що неусвідомлено особистість висуває на перше місце загальнолюдські цінності.

Якщо ж надситуативний рівень знаходиться не на першому місці, визначаємо, який рівень знаходиться на першому і на якому – надситуативний. Так, на першому місці можуть бути ситуаційний або ситуативний рівні. Визначальним для типу особистості є зіставлення результатів, отриманих за несвідомої побудови списку й усвідомлено, тобто показників другої колонки, коли випробовувані ранжували цілі за суб'єктивною значущістю.

Ми розраховуємо в цьому списку три рівні так само, як і в першому випадку; базою знову є надситуативний рівень. Якщо надситуативний рівень знаходиться і в першому, і в другому списку на перших місцях, цей тип особистості називається **альтруїстичним**. І несвідомо, і

свідомо особистість керується «звеличенням потреб», за словами П. В. Симонова, висуваючи на перші місця високі й далекі цілі. Такий тип конструктивний у спілкуванні і в досягненні цілей.

У тих випадках, коли надситуативний рівень за несвідомої постановки знаходиться не на першому місці, а під час усвідомлення піднімається на перше, цей тип розглядають як **раціональний**. Суб'єкт усвідомлює результати несвідомої діяльності і коригує їх. Якщо надситуативний рівень не був на першому місці, а потім також не піднявся на перше місце, то цей тип кваліфікується як **упертий**: особистість відрізняється ригідною установкою, упертістю, вона не змінює своє ставлення до цілей навіть після усвідомлення їхньої значущості.

У піддослідних, що належать до четвертого типу особистості, за несвідомої постановки надситуативні цілі були на першому місці, але під час усвідомлення вони їх опустили вниз. Такий тип названо **парадоксальним**. Піддослідні цього типу відчують себе комфортно, поки не обтяжені необхідністю приймати рішення і нести за них відповідальність; коли ж вони замислюються, то установка інверсована.

Нарешті, останній тип було введено нами самостійно і кваліфіковано як **мінімалістський**. Під час порівняння особливостей парасуїцидентів і людей, які не мали в анамнезі спроб у нашому дослідженні, цей тип зустрічався тільки серед суїцидентів. Піддослідні змогли висунути не більше ніж одну мету, як правило, близьку, що відбиває їхній актуальний стан.

Цікавим для нашого дослідження тлумаченням суїциду є погляд великого російського фізіолога І. П. Павлова. Він підійшов до самогубства в контексті описаного ним рефлексу цілі.



Рис. 51. І. П. Павлов (1849-1936)

Розглядаючи рефлекс мети з фізіологічної точки зору, дослідник зробив висновок, що людське життя полягає в постановці і переслідуванні цілей із застосуванням для їх досягнення «всіх ступенів людської енергії». Часто енергія витрачається на непотрібні, порожні цілі. Для людини важливе не стільки досягнення мети, скільки прагнення до неї. Для ефективного прояву рефлексу цілі потрібне його напруження. Напруження розуміється не в психоаналітичному трактуванні як стан, від якого індивід будь-яким шляхом позбувається, щоб досягти розслаблення, а як активізаційний момент, необхідний елемент проблемної ситуації: англосакси на питання про те, яка головна умова досягнення мети, відповідають: існування перешкод.

Основна причина самогубств багатьох людей, на думку І. П. Павлова, – у відсутності мети: «Хіба ми не читаємо дуже часто в записках, що залишаються самогубцями, що вони припиняють життя тому, що воно безцільне... Трагедія самогубця в тому й полягає, що в нього відбувається найчастіше швидкоплинне, і тільки набагато рідше – тривале затримування, гальмування... рефлексу мети» [105, с. 15].

Якщо мета зникла, її треба замінити іншою, тому що цілі людського життя невичерпні і безмежні. Коли у хворого згасає рефлекс мети, його потрібно переключити на нові перспективи. Отже, І. П. Павлов визначав значення перспективної мети, водночас процес постановки мети набував у нього рефлексорної властивості. Ми, зі свого боку, можемо сказати, що та чи інша постановка мети навіть у парасуїцидента наявна, оскільки суїцидальним актом суб'єкт теж ставить і намагається вирішувати певну мету, проте нова риса, на наш погляд, надає розуміння особливостей цільової спрямованості і типів цілей.

Проведене нами дослідження парасуїцидального типу поведінки і порівняння показників групи парасуїцидентів та контрольної групи т. зв. «здорових» респондентів дало такі результати.

Як бачимо, респонденти з мінімалістською установкою в контрольній групі відсутні, водночас переважають з альтруїстичною і раціональною. У групі суїцидентів значно вищою є частка впертих.

Цією ж методикою виявлялися особливості саморозвитку особистості на основі цілей, що належать до процесів самореалізації, самовизначення, самовдосконалення і самоактуалізації. Саморозвиток розуміється, згідно з концепцією Я. В. Васильєва, у контексті цільової спрямованості особистості як прояв самостійної активності суб'єкта в постановці перспективних цілей і в їх досягненні, спрямованих на зростання й розвиток власної особистості.

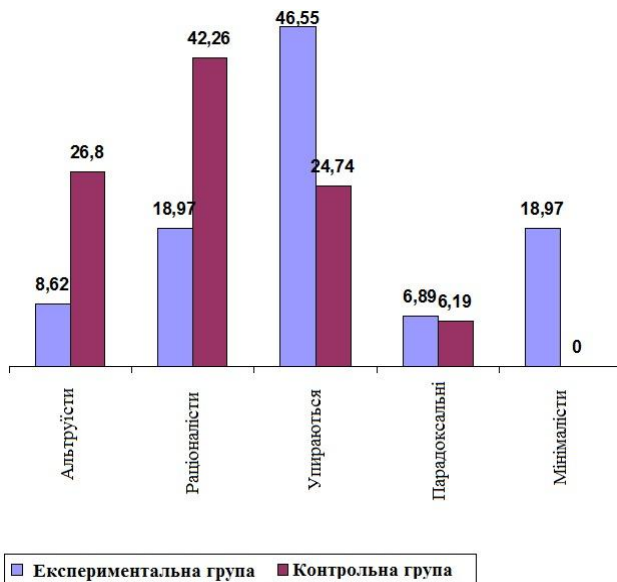


Рис. 52. Типологія цільової спрямованості в експериментальній і контрольній групах

За допомогою методики дослідження цільової спрямованості особистості можна визначити кількість цілей за такими компонентами процесу саморозвитку: самореалізація, самовизначення, самовдосконалення, самоактуалізація та інтегральний показник саморозвитку, що є сумою всіх вищевказаних цілей. При цьому під ними розуміються:

Самореалізація – це процес саморозвитку, за якого особистість ставить цілі в життєвих ситуаціях, яких може бути досягнуто в певний період майбутнього часу в різних сферах цільової спрямованості особистості, але насамперед у навчально-професійній, громадській та самодіяльній.

Самовизначення – це процес саморозвитку, за якого особистість ставить цілі, пов'язані з вибором або зміною професії. Провідною сферою цільової спрямованості особистості є навчально-професійна сфера.

Самовдосконалення – це процес саморозвитку, за якого особистість ставить цілі, пов'язані з власним зростанням і розвитком, зміною особистих чи інтелектуальних рис, а також зі заняттями тими видами діяльності, які сприяють такому зростанню. Провідними сферами цільової спрямованості процесу саморозвитку є: особиста, навчально-професійна і самодіяльна.

Самоактуалізація – це процес саморозвитку, пов’язаний із постановкою цілей, які відображають прагнення особистості до видів діяльності, що розкриває їхні потенційні здібності, відображає самостійний і творчий характер діяльності. Провідними сферами цього процесу саморозвитку, цільової спрямованості особистості є навчально-професійна, громадська, самодіяльна й особиста.

Саморозвиток – це процес самостійної активності особистості, спрямований на досягнення цілей самореалізації, самовизначення, самовдосконалення і самоактуалізації в життєвих ситуаціях майбутнього часу, що веде до її постійного зростання та розвитку.

У цьому ключі процес саморозвитку особистості розглядається нами як процес, безпосередньо пов’язаний із задоволенням потреби у зростанні й розвитку суб’єкта.

Проведене нами дослідження має такі результати.

Таблиця 5

Показники саморозвитку в експериментальній і контрольній групах

№ з/п	Показники	Експеримент. група		Контр. група		t-критерій Стьюдента а (p < 0,01)
		M	Std	M	Std	
1.	Самореалізація (CP)	0,34	0,608	0,98	0,853	5,614
2.	Самовизначення (CB)	0,13	0,375	0,69	0,614	7,126
3.	Самовдосконалення (СВД)	0,06	0,287	0,88	1,232	6,07
4.	Самоактуалізація (CA)	0	0	0,56	0,99	5,507
5.	Саморозвиток (CPI)	0,52	0,808	3,1	1,883	11,67

Привертає до себе увагу, у першу чергу, те, що в експериментальній групі зовсім не представлено процес самоактуалізації, а показники решти процесів, як і інтегральний показник саморозвитку в цілому, нижчі, ніж аналогічні в контрольній групі на статистично достовірному рівні.

У парасуїцидентів близькі цілі пов’язані з нейротизмом і ранимістю. Якщо розуміти нейротизм як невміння пристосуватися до життя (у концепції NEO), то поєднання з близькими цілями, які переслідують можливість адаптації до найближчих ситуацій і задоволення базових потреб, тісно пов’язаних з егоцентризмом [30], цілком з’ясовне. Але вже цілям самореалізації заважають нервовість, напруженість і лякливність: $r = -0,295$, а цілям самовизначення – депресивний стан, підвищений у парасуїцидентів: $r = -0,301$.

Інтегральний фактор нейротизму в контрольній групі позитивно співвідноситься із саморозвитком і негативно – із самоактуалізацією. Реалізація себе в діяльності, що має перспективу та зростання, не може бути пов’язана з негативним емоційним станом і передбачає стабільність.

У цьому також сенс негативної кореляції між віддаленими цілями і близькими. Цілі самореалізації є ситуаційними, тому вони, можливо, емоційно забарвлені, що також справедливо й щодо середніх цілей. За наявності проблем у взаємодії представники контрольної групи переживають, якщо не складаються стосунки з іншими, але вони це усвідомлюють, на відміну від парасуїцидентів.

Екстраверсія в парасуїцидентів зав'язана на цілях самореалізації ($r = 0,29$), вони до того ж пов'язані з пошуком збудження ($r = 0,345$). Якщо розглянути взаємодію з індексом психологічного WHO, дійсно перегукуються з екстраверсією ($r = 0,332$), позитивними емоціями ($r = 0,394$) та активністю ($r = 0,341$). Проблема в тому, що показники екстраверсії і позитивних емоцій у них нижчі від оптимального рівня та відповідних числових значень контрольної групи. Для «гарного самопочуття» парасуїцидентам достатньо цілей самореалізації, тобто вирішення гострих соціальних завдань найближчого часу. Інша річ, що це, з одного боку, бажано для них в ситуації заповнення теплих, сердечних людських відносин, і можливо, емпатичної участі. З іншого боку, вони стикаються з ризикованими діями і в режимі збудження, і не випадково пошук хвилювання, гострих переживань позитивно корелює в них з імпульсивністю: $r = 0,342$.

Екстраверсія як особистісна риса у «здорових» важлива в постановці цілей самоактуалізації – це здатність до лідерства, соціальна перевага, наполегливість і теплота в міжособистісних контактах. Коста і МакКре [184] співвідносять фактор екстраверсії (E) у своїй методиці NEO з хорошим самопочуттям. У свою чергу, ми відзначимо, що E у «здорових» респондентів пов'язане позитивно з високим рівнем індексу психологічного благополуччя WHO ($r = 0,258$); із цим індексом також позитивно корелюють такі субфактори, як наполегливість ($r = 0,362$) та активність ($r = 0,265$). Іншими словами, самодостатня людина задоволена, самоактулізувавшись, розкриваючи свій потенціал, творчо самовиражаючись. Разом із тим ці риси вступають у протиріччя з постановкою середніх цілей – вони мають негативну кореляцію з E: $r = -0,301$. Тоді як середні цілі з порушенням і нестабільністю, як ми відзначили це вище, корелювали позитивно.

У парасуїцидентів ми бачимо підтвердження тому, що близькі цілі задовольняють базові потреби й адаптивні ситуаційні механізми: для них не обов'язкові компетентність, скрупульозність, обов'язковість, свідомість у цілому, тобто вольове регулювання і планування. Самовизначаючись, вони нестійкі (с4): $r = -0,265$, тобто не виробляються чіткі критерії повинності й обов'язковості або не впливають із них.

Розглядаючи роль фактора свідомості у «здорових» респондентів, відзначимо, що компетентність, підготовленість до вирішення життєвих ситуацій в їх різноманітності зумовлює постановку завдань, пов'язаних із самоактуалізацією: $r = 0,262$; самоактуалізація – це також прагнення до реалізації поставлених цілей, наполегливість в їх досягненні: $r = 0,311$ і виваженість, методичність у діях: $r = 0,209$.

Діалектика взаємин процесів саморозвитку та психологічного стану індивіда простежується в розгляді діагностичних даних та інших методик, що застосовувалися нами під час вивчення особливостей суїцидальної поведінки – цілі самореалізації є більшою чи меншою мірою афективно забарвлені; між іншим, для процесів самоактуалізації вони неприйнятні – залежність негативна; це зайвий раз підтверджує припущення про те, що на цьому рівні цілі та дії усвідомлені, плановані, зважені, високо мотивовані. Середні за віддаленістю цілі не дають стабільності, стійкості особистості «здорових», оскільки пов'язані з нейротизмом і негативно – з екстраверсією, про що ми вже згадували і що підтверджується кореляцією з BDI: $r = 0,221$.

Проведені дослідження дозволяють ставити питання про **дефіцит** саморозвитку (СРЛ) в осіб, які вчинили суїцидальну спробу.

Інтегральний показник СРЛ, що є додатком найважливіших процесів цілісного процесу саморозвитку: самореалізації, самовизначення, самовдосконалення і самоактуалізації, у контрольній групі становить 3,1, тоді як у групі парасуїцидентів цей же показник дорівнює 0,521. Оскільки процес саморозвитку ми розглядаємо через постановку цілей, спрямованих на зростання особистості, слід звернути увагу на те, що в групі парасуїцидентів таких цілей 37, у представників контрольної групи їх 276.

Розгляд компонентів СРЛ робить картину дефіциту виразнішою. За кожним із них парасуїциденти значно відрізняються від групи «здорових», що підтверджено на статистичному рівні критерієм Ст'юдента (табл. 5).

Якщо звернутися до аналізу компонентів СРЛ, то передусім привертає до себе увагу повна відсутність цілей самоактуалізації (СА) у структурі цільової спрямованості осіб із суїцидальними спробами. Це підтверджує одна з тез А. Маслоу про самоактуалізацію: «Люди, відібрані як самоактуалізовані суб'єкти... прислухаються до свого власного голосу; вони беруть на себе відповідальність; вони чесні, нарешті, вони наполегливо працюють. Вони з'ясовують для себе, хто вони такі і що вони таке, причому не тільки в плані життєвого призначення... Терапевт виходить із того, що найкращий шлях до гідного життя – це повною мірою бути самим собою. Люди, яких ми називаємо хворими, – це ті, хто не є самим собою» [94, с. 57-58].

Якщо виходити з цієї цитати, то парасуїденти є хворими, бо перебувають у полоні вузької перспективи наявної ситуації і не ставлять цілі, що розкривають їхній потенціал. Потенціал цей, його глибинне «Я», закриті для суб'єкта, тому що він у своєму житті не ставить далеких і високих цілей, а обмежений постановкою близьких цілей, при цьому негативно забарвлених.

Таблиця 6

**Кореляційні зв'язки процесів саморозвитку
в експериментальній групі**

Показники	Само-реалізація	Само-визначення	Само-вдосконалення	Саморозвиток-кособистості (СРЛ)
Самореалізація	1	0,005	0,058	0,77
Самовизначення	0,005	1	0,198	0,539
Самосовдосконалення	0,058	0,198	1	0,49
Самоактуалізація	–	–	–	–
Саморозвиток особистості (СРЛ)	0,77	0,539	0,49	1

Відрізняються й інші параметри СРЛ, порівняно з іншими процесами саморозвитку. Меншим за значущістю є процес самореалізації, цілі якого більшою мірою переважають у групі парасуїдентів – 64,86 % від загальної кількості цілей. Це, як правило, дії у справжній або найближчій певній ситуації, пов'язані з безпосередніми практичними завданнями. Самореалізація найбільш тісно в парасуїдентів, порівняно з іншими компонентами, пов'язана із саморозвитком: $r = 0,77$, тому що вона більше впливає на цей показник. Це дозволяє стверджувати, що саморозвиток для парасуїдентів багато в чому здійснюється через самореалізацію. Відповідно, це підтверджено зв'язком із загальною кількістю цілей (Nц): $r = 0,238$.

Певну роль у процесі саморозвитку відіграє і процес самовизначення, між якими існує кореляційний зв'язок: $r = 0,539$, а також із Nц: $r = 0,292$.

Найменш тісний зв'язок існує між СРЛ і самовдосконаленням (СС): $r = 0,49$, а кореляція СС із Nц недостовірною: $r = 0,144$, що можна пояснити так: цілі СС складають 10,8 % від загальної кількості.

Отже, саморозвиток у групі парасуїдентів в основному вирішується через самореалізацію та самовизначення, що створює дефіцит саморозвитку, оскільки два процеси не пов'язані з постановкою перспективних цілей. Постановка їх реалізується через самовдосконалення як потребу у зміні себе, шлях до себе, і самоактуалізацію. Тенденція до СС є, але слабка, а СА відсутня. Тобто можна припустити, що в парасуїдентів немає прагнення до саморозвитку, оскільки це не виступає для них як сенс. Самоактуалізація – це інтерес

дозацікавлення певною діяльністю і позитивні емоції, пов'язані з нею, тоді як представники експериментальної групи живуть поверхневою емоційною ситуацією, вони йдуть у свої страждання, які часто не варті того.

У свою чергу, у представників контрольної групи процеси саморозвитку представлені повноцінно.

Схожість з експериментальною групою спостерігається тільки на близьких цілях, тобто на т. зв. нижчих процесах; із підвищенням з ієрархії структури саморозвитку збільшується і тіснота взаємозв'язку між інтегрованим показником і його компонентами.

Це знаходить пояснення під час звернення до структури цільової спрямованості експериментальної групи.

Вище згадувалося про рівневу структуру цільової спрямованості особистості та класифікації цілей за ступенем віддаленості їх від ситуації теперішнього часу: ті, що виходять за межі ситуації (надситуативні), і залишаються всередині неї, які поділяються, у свою чергу, на ситуативні та ситуаційні; відповідно, це три групи цілей: близькі, середні та віддалені.

У парасуїцидентів переважають близькі цілі, і показник критерію Стьюдента найменш високий, порівняно з контрольною групою: 2,71 і 5,71. Для порівняння: середні цілі – відповідно 0,65 і 8,12, далекі – 0,58 і 4,68. Близькі цілі не мають жодного зв'язку з процесами саморозвитку – кореляція з кожним із них незначна. Це зрозуміло, оскільки близькі цілі виконують функції пристосування до ситуації. Це бажання, що відображають актуальний стан осіб, які вчинили суїцидальну спробу – потреби, зумовлені фізично та фізіологічно: «пити», «спати», «шоколаду», «йогурту»; емоційно: «уваги», «нікого не бачити», «щоб не чіпали, не тиснули», «щоб страхи зникли»; когнітивно: «більше ні про що не думати»; зумовлені прагненням до змін, але з пасивної позиції, або не співвідносяться з реальністю: «не бути самотньою», «повернути час назад».

Водночас несвідомо вони до більш високих цілей прагнуть, про що говорить зв'язок близьких цілей із віддаленими: $r = 0,247$. Звідси можна зробити висновок, що потреба в саморозвитку ними мало усвідомлюється. Самореалізація відбувається в них через постановку середніх цілей – у спробі усвідомлення життєвих ситуацій. Через середні цілі здійснюється і самовизначення, але зв'язок менш тісний, ніж у випадку самореалізації. Так, зв'язок між самореалізацією і середніми цілями становить: $r = 0,479$, тоді як між самовизначенням і середніми цілями – $r = 0,249$. Отже, констатуємо зв'язок суб'єкта із ситуаційними відносинами, що тримають

його в полоні, з якого вихід – у розширенні перспективи та різноманітті цілей.

Із табл. 5 видно, що в групі парасуїцидентів наявні далекі цілі, пов'язані з процесами самовизначення і самовдосконалення. Однак таких цілей усього 14,6 % від загальної кількості, і вони тісно пов'язані з близькими і середніми цілями.

Таблиця 7

Кореляційні зв'язки процесів саморозвитку і віддаленості цілей в експериментальній групі

Показники	Близькі	Середні	Віддалені	Загальна кількість цілей (N)	Самореалізація	Самовизначення	Самовдосконалення	Саморозвиток (СРЛ)
Близькі	1	0,098	0,247	0,887	0,052	0,147	-0,078	0,08
Середні	0,098	1	0,246	0,449	0,479	0,249	0,127	0,519
Віддалені	0,247	0,246	1	0,567	0,192	0,352	0,559	0,506
Загальна кількість цілей (N)	0,887	0,449	0,567	1	0,238	0,292	0,144	0,365

Самоактуалізація нами не розглядається, оскільки ці цілі в парасуїцидентів відсутні взагалі.

У контрольній групі цілі диференційовані: між близькими, середніми і віддаленими цілями існує негативна кореляція, що говорить про різні їхні психологічні механізми, а віддаленість цілей відповідає особливостям процесів саморозвитку.

Дослідження показало, що цілі, які мають адаптивні функції, не працюють на саморозвиток. Вони мають негативну кореляційну залежність із процесами самовизначення, самовдосконалення і самоактуалізації (як правило: $r = - 239$; $r = - 366$; $r = - 183$), і тільки з самореалізацією є тенденція, але слабка, оскільки зв'язок хоч і позитивний, але недостовірний: $r = 0,195$. Із показником саморозвитку в близьких цілей існує достовірний негативний зв'язок на високому статистичному рівні: $r = - 325$.

Середні цілі корелюють із самовдосконаленням ($r = - 232$), тому що значна частина респондентів пов'язує своє особистісне зростання з навчальною та професійною діяльністю.

Віддалені цілі пов'язані достовірно з самоактуалізацією ($r = 244$) і, єдині з усіх, із саморозвитком в цілому ($r = 201$). Це цілі, які

реалізуються в творчості, у розкритті потенційних здібностей. Отже, футурреальна функція пріоритетна для процесу саморозвитку, а егоцентричні тенденції відкидаються.

Якщо звернутися до структури цільової спрямованості особистості та процесів саморозвитку в суїцидентів, то можна констатувати, що середні цілі пов'язані насамперед (у ваговому значенні) із самореалізацією, а потім – із самовизначенням. В інтегральному показнику у ваговому значенні вони найбільш представлені серед інших цілей: $r = 0,506$. Це говорить про те, що усвідомлення процесу постановки цілей є провідним у саморозвитку представників експериментальної групи, можливо, тому, що необхідно вирішувати завдання, пов'язані із соціальним буттям. Підтвердження цьому – провідний (у ваговому виразі) показник самореалізації: $r = 0,77$, і найменший показник самовдосконалення: $r = 0,49$, тому в їхньому розумінні він не є актуальним. Цілі самоактуалізації, як зазначалося вище, відсутні зовсім.

Розглядаючи типологічний аспект, відзначимо, що в альтруїстів у загальному масиві парасуїцидентів не виявлено жодних достовірних кореляційних зв'язків ні з цілями, ні з процесами саморозвитку, можливо, тому, що група ця нечисленна. Це зрозуміло, оскільки представники цього типу і свідомо, і несвідомо керуються далекими цілями, які представлені в парасуїцидентів мало.

Раціоналісти, насамперед, відрізняються кількістю цілей – це важливо, враховуючи невелику кількість цілей у представників експериментальної групи, порівняно з контрольною. Потім, у раціоналістів відзначений зв'язок із близькими цілями і менше – із віддаленими в силу того, що близькі ставляться несвідомо, на егоцентричному рівні, проте за усвідомлення альтруїстичний рівень піднімається вгору, тим не менше, серед цих цілей мало таких, що належать до процесу саморозвитку. Позиція в раціоналістів усе ж більш гнучка, ніж у впертих, що й підтверджено негативною кореляцією між цими типами: $r = -0,366$.

Парадоксальні мають позитивну кореляцію із середніми за віддаленістю цілями: $r = 0,353$. Представники цієї групи, як ми вже відзначали, орієнтовані переважно на інтуїтивний підхід до дійсності – вони живуть більшою мірою несвідомим, а усвідомлено спираються на середні цілі.

Розподіл результатів усередині груп показує, що парадоксальні мають один кореляційний зв'язок – між самореалізацією та саморозвитком = 1; отже, цілі самореалізації та саморозвитку в цій групі збігаються.

У групі раціоналістів також корелюють процеси самореалізації та саморозвитку: $r = 0,913$, цілі самовизначення і саморозвитку: $r = 0,745$. Проблема парасуїцидентів-раціоналістів у тому, що цілі самовизначення – це близькі цілі, що показує кореляція між ними: $r = 0,845$. Певна кореляція існує в раціоналістів між віддаленістю цілей та інтегральним показником саморозвитку, але кореляція ця статистично незначуща. Отже, можна зробити висновок, що цілі раціоналістів мало працюють на саморозвиток.

Деяку іншу картину ми спостерігаємо в групі парасуїцидентів-упертих. Із саморозвитком у них пов'язані середні та віддалені цілі, особливість же впертих у тому, що і несвідомо, і під час усвідомлення цілі ці не є для них провідними. Завзяті – тип із відчутним параноїдальним фоном, і проблема самовизначення для них актуальна. Вони доходять до самовдосконалення завдяки віддаленим цілям, але їм важко самовизначитися, що і є основою особистісного конфлікту [30].

Особливо виділимо групу парасуїцидентів, яких ми кваліфікуємо як мінімалістів. Це респонденти, які не змогли висунути більше ніж одну мету. Постановка цілей – це мотиваційний акт, що вимагає вольових, інтелектуальних зусиль, а тим паче – їх ієрархізація в подальшому ранжуванні, що включає динаміку свідомо-несвідомих процесів. Тут немає аналітичної діяльності, оскільки нічого порівнювати (хоча б дві цілі), а представлені за перевагою близькі цілі, що відображають життєві потреби, потреби адаптації, не припускають постановки умов досягнення: «щоб страхи зникли», «додому», «щоб цього не стало», «сховайся далеко від усіх», «не жити з батьками». Причому соматичний стан не відрізняється від інших представників суїцидальної групи: ми не знайшли статистично значущих відмінностей між мінімалістами й рештою парасуїцидентів за «Медичною шкалою тяжкості самоушкоджень», кореляція між показниками шкали та загальною кількістю цілей є тільки серед респондентів із само порізами ($r = 0,471$), але серед них немає мінімалістів.

Водночас є кілька цікавих відмінностей в особистісних характеристиках. Наприклад, порівняно з іншими представниками експериментальної групи, вони більш сором'язливі і схильні до почуття неповноцінності: $t = 2,19$ ($p < 0,039$), більш конформні: $t = 2,073$ ($p < 0,049$), водночас більш мляві, апатичні і неамбітні: $t = 2,8$ ($p < 0,011$).

На основі проведеного дослідження можна стверджувати, що парасуїциденти не звертають уваги взагалі на власний саморозвиток. Їхній рівень обмежений близькими цілями, які мало пов'язані із самовизначенням і самореалізацією, та й то в малій кількості парасуїцидентів. Узагалі відсутні цілі самоактуалізації, на відміну від контрольної групи, у якій їх 18,2 %.

Ефективність терапевтичних інтервенцій, діагностика стану парасуїцидентів у динаміці, способи адаптації їх до життя показові в катамнестичному обстеженні. Ми вибрали групу ($N = 10$) парасуїцидентів із загальної кількості, які погодилися взяти участь в обстеженні рік потому після скоєння суїцидальної спроби.

Група гомогенна – це жінки, середній вік, $M_v = 20,9$ років. Метод самогубства – отруєння: шифри х61/х63/х64 («навмисне самоотруєння з використанням протисудомних, седативно-снодійних, інших препаратів, що впливають на вегетативну нервову систему, а також неуточнених лікарських препаратів і речовин біологічного походження і свідоме піддавання організму їхній дії») відповідно до МКХ-10. Тяжкість спроби за шкалою летальності, відповідно до «Медичної шкали ушкоджень», = 04 («коматозний стан – відсторонюється за умов впливу більових стимулів; рефлексивно збережені; стан вимагає госпіталізації»). За типом постсуїциду пацієнти розподілилися так: критичний постсуїцид – вісім осіб, маніпулятивний постсуїцид – одна особа, аналітичний – 1 особа. Парасуїцидентам надавалася кризова підтримка, аналізувалися сформовані ситуації, способи вирішення їх, протягом року підтримувалися терапевтичні контакти з ними. У процесі терапії проводилися дослідження цільової спрямованості особистості, їхніх особистісних психологічних характеристик і станів.

Перш за все, відзначимо, що за минулий час змінилася кількість продукованих цілей: середнє арифметичне цілей (Мц) у постсуїцидальному стані: 3,38; рік потому: 15,67, $t = 6,0$. Зауважимо, що вміння ставити необхідні для себе завдання, вибирати пріоритетні, аналізувати – це ті вміння, яких набуває клієнт у процесі терапії або консультування. К. А. Абульханова-Славська відзначала, що вміння ставити цілі є «... здатність особистості регулювати, організувати свій життєвий шлях як ціле, підлегле її цілям, цінностям, є вищий рівень і справжня оптимальна риса суб'єкта життя» [1, с. 40]. Більшість цілей у постсуїцидальному період – близькі: 66,7 % від загальної кількості, що підтверджується й кореляцією із загальною сумою цілей: $r = 0,748$.

Знижена активність у постановці цілей навряд чи пов'язана з фізичним станом на момент дослідження, оскільки ні в загальному масиві, ні в конкретній групі немає значущих зв'язків між загальною кількістю цілей і «Медичною шкалою самоушкоджень», скоріше вона може свідчити про низьку мотивованість суб'єкта на продуктивну діяльність у цілому.

У ранньому постсуїциді респонденти ставили в основному близькі цілі, егоцентричні, покликані адаптувати суб'єкта в його актуальному

стані, задовольняти біологічні потреби, потреби в захисті і т. д. Діяльність особистості має низьке значення – щось має статися, відбутися або хтось сильніший чи компетентний повинен прийти і забезпечити захист, полегшити життя. Подібні цілі тісно корелюють з упертим типом парасуїцидента: $r = 0,845$, що відрізняється ригідною установкою.

Середні за віддаленістю цілі в постсуїциді представлені мало – 22,2 %. Як зазначалося нами вище, зазвичай вони відповідають стадії усвідомленого ставлення до життя, ставляться на ситуаційному рівні, забезпечують процес освоєння різних видів діяльності, позначають умови досягнення. У нашому випадку вони свідчать про усвідомлення, але мало орієнтовані на дієву позицію: «мати високооплачувану роботу» (без урахування шляхів досягнення), «повернути час назад» (якщо розуміти це в сенсі критичного ставлення до колишнього вчинку), «далі підтримувати з друзями такі ж взаємини, як і зараз», що свідчать про важливість міжособистісних відносин. Нагадаємо також, що середні цілі взагалі пов'язані із соціальними відносинами, на відміну від егоцентризму близьких цілей.

Найменша кількість цілей у постсуїцидальному періоді – віддалені (11,1 %), що можна пояснити, оскільки пацієнт в актуальному стані не здатний вийти в надситуативну позицію. Представлення тут або блага, але ближче до декларативності, побажання: «бути самодостатньою», або обумовлене турботою про близьких: «щоб у рідних було все добре». Тим не менше, про важливість подібних установок говорить кореляція віддалених цілей із субфактором цінності (06): $r = 0,735$.

Через рік після суїцидальної спроби після консультативної роботи було проведено друге дослідження, яке свідчить про динамічні зміни в цільовій та особистісній структурах. У першу чергу, це пов'язано з цільовою спрямованістю, що, відповідно, спричинило корекцію та інші характеристики. Значно збільшилася кількість цілей, а також трансформувалася їхня структура: більше стало середніх за віддаленістю цілей, що підтверджено на статистично значущому рівні, а також далеких (табл. 8). Крім того, особистісна типологія також зазнала змін.

Таблиця 8

**Постановка цілей суїцидентами
і типологія цільової спрямованості**

№ з/п	Показники	У постсуїцидальний період		Рік потому		t-критерій Стьюдента а ($p < =$)
		М	Std	М	Std	
1.	Близькі	2,75	1,58	6,57	4,86	2,25 (0,059)
2.	Середні	0,63	0,916	4,57	3,69	2,76 (0,030)

Закінчення табл. 8

3.	Віддалені	0,5	0,925	2,29	2,215	1,99 (0,083)
4.	Сума цілей	3,38	2,445	15,67	4,546	6,003 (0,001)
5.	Альтруїсти	0	0	0,43	0,534	2,12 (0,078)
6.	Раціоналісти	0	0	0,14	0,377	1,0 (0,356)
7.	Уперті	0,5	0,534	0,29	0,497	0,812 (0,43)
8.	Парадоксальні	0,13	0,353	0	0	1,0 (0,351)
9.	Мінімалісти	0,38	0,518	0	0	2,049 (0,080)

Як можна зрозуміти з даних таблиці, зросли альтруїстичні тенденції і зникли мінімалістські, з'явилися раціоналісти і знизилася кількість упертих. Можна говорити про прогрес, порівняно з раннім постсуїцидальним періодом, про процес адаптації, враховуючи, що середні за віддаленістю цілі – це свідчення раціональної позиції і ситуаційного рівня; водночас необхідно звернути увагу на низку особливостей цього етапу.

Постановка середніх цілей пов'язана в наших респондентів у період ремісії з ворожістю (n2): $r = 0,774$, імпульсивністю (n5): $r = 0,881$, почуттями (o3): $r = 0,793$, схильністю до гніву як особистісною рисою, T (на відміну від реактивної схильність до гніву, R): $r = 0,962$, а також депресією за А. Беком: $r = 0,821$. Субфактор ворожості в концепції NEO вимірює індивідуальну готовність відчувати гнів, але не показує вичерпно ступінь його вираження, пов'язаного, у тому числі, із рівнем фактора А (поступливість). Сам показник n2 невисокий, порівняно з нормою: 51,88 (за норми 50,0), а показник А вищий, ніж у постсуїцидальний період: 56,75, $t = 1,47$ ($p < 0,168$). Відкритість почуттів (o3) припускає поглиненість своїми емоціями і високу цінність емоцій як важливої складової частини життя особистості, яка переживає більш диференційовані емоційні стани, а не тільки тужливого або тривожного спектру: $t = 1,79$ ($p < 0,099$). Усе це характеризує соціалізацію (а постановка і реалізація середніх цілей є звернення до соціуму) як емоційно забарвлену. Крім того, цей процес пов'язаний із налагодженням та регулюванням міжособистісних відносин, у яких суб'єкт прагненням до домінування компенсує свою невпевненість, переносячи це на інших, про що говорять у зв'язку зі схильністю до гніву, депресією й імпульсивністю. Жага до зростання, розвитку передбачає наявність віддалених цілей, які в наших респондентів у катамнезі мають один кореляційний зв'язок із товариськістю (e2): $r = 0,965$, оскільки виходячи на віддалені цілі, вони розширюють коло спілкування.

Про зростання даптивних здібностей наших пацієнтів свідчать дані табл. 9.

Таблиця 9

Показники психологічних станів двох періодів

№ з/п	Показники	У постсуїцидальний період		Рік потому		t-критерій Стьюдента а (p <=)
		М	Std	М	Std	
1.	WHO	7	4,14	16,13	4,88	4,032 (0,001)
2.	BDI	24,25	14,32	8,5	8,106	2,71 (0,020)
3.	HS	3	2,138	1	0	2,646 (0,033)
4.	PFAV	5,5	3,741	4,67	3,284	0,71 (0,489)
5.	TAS	23,13	5,87	21,86	7,434	0,38 (0,714)
6.	Субшкала Т	8,5	3,505	7,75	3,955	0,401 (0,694)
7.	Субшкала R	14,63	3,021	14,13	4,086	0,278 (0,785)

Ще одним найважливішим свідченням соціально-психологічної адаптації особистості є тенденція до саморозвитку.

Таблиця 10

Компоненти саморозвитку двох періодів

№ з/п	Показники	У постсуїцидальний період		Рік потому		t-критерій Стьюдента а
		М	Std	М	Std	
1.	Самореалізація (СР)	0	0	0,57	0,534	2,83 (0,030)
2.	Самовизначення (СВ)	0	0	0,71	0,756	2,5 (0,047)
3.	Самовдосконалення (СВД)	0,13	0,354	0,29	0,488	0,72 (0,486)
4.	Самоактуалізація (СА)	–	–	–	–	–
5.	Саморозвиток особистості (СРЛ)	0,13	0,354	1,57	1,134	3,24 (0,014)

Ми згадували про дві групи процесів у саморозвитку: «нижчі» та «вищі». До групи «нижчих» належать самореалізація і самовизначення, до групи «вищих» – самовдосконалення та самоактуалізація. Як показує табл. 10, переважають процеси першої групи. Найбільш вагомо представлені цілі самореалізації, їх кореляція із сумою цілей: $r = 0,966$. Респонденти вирішують соціальні завдання, реальні з точки зору їхніх можливостей. Цілі самовизначення бачаться їм з альтруїстичних позицій: $r = 0,766$, вони продуковані фантазією (o1): $r = 0,873$ та активністю (e4): $r = 0,756$. В альтруїстичної ж позиції найважливішу функцію відіграє фантазія, уява (o1): $r = 0,966$, екстраверсія (E): $r = 0,859$ та активність (e4): $r = 0,756$, що в них пов'язується з віддаленими цілями. Цілі самореалізації продиктовані почуттями, емоційним ставленням (o3): $r = 0,808$. Звернемо увагу на зміну в позитивну сторону субфактора

компетентності (з1): $t = 2,13$ ($p < 0,055$), що оцінює рівень особистості як здібної, розсудливої, ефективної та передбачливої.

У світлі цього можна припустити щодо подальших шляхів зростання респондентів і роботи в цьому напрямі. Це розширення часової перспективи, масштабу цілей, зниження імпульсивності й емоційності у прийнятті рішень і плануванні, які переслідують досить короткострокові цілі, рух до більш віддалених і глибоких цілей за рахунок поведінки, що базується на досвіді та позитивних результатах.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Дайте визначення всім основним поняттям теми.
2. Складіть таблицю з визначенням основних підходів до поняття психологічної ситуації.
3. Визначте, у чому полягає сутність футурреального підходу.
4. Що було визначено І. П. Павловим як патофізіологічна основа суїциду?
5. Визначте основні складові саморозвитку особистості.
6. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розмірковувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Розділ 9

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В СУЇЦИДАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ

Традиційно допомога під час суїциду передбачає тричленну модель: превенція, інтервенція та поственція; іншими словами, превенція (профілактика), кризове втручання і подальший супровід, допомога. Найбільш відома ця модель у викладі Е. Гроллман [126]. Водночас у реальній ситуації часто межують компонентами моделі складно провести.

Слово «превенція» («профілактика») походить від латинського «praevenire» – «передувати, передбачати». Знання соціальних і психологічних провісників суїциду може допомогти нам зрозуміти і запобігти йому. Вище ми розглянули фактори, які можуть сприяти виникненню суїцидальних ідецій і дій, а також їхні індикатори. Із достатньою часткою умовності та формальності можна позначити такі види профілактики: первинна, вторинна і третинна [156].

За первинної профілактики адресатом є широка аудиторія, відбувається просування цінностей здоров'я і життя шляхом розробки та впровадження різних освітніх програм, спрямованих на підвищення обізнаності про суїцид.

Вторинна профілактика спрямована на людей, котрі вже мали суїцидальну спробу. Основна мета – допомогти клієнту знайти вихід із кризової ситуації, подолати дистрес, у стані якого він перебуває. Це, власне кажучи, інтервенція, котра може здійснюватись у кризових центрах, телефоном довіри. Слово «інтервенція» походить від латинських слів «inter» – «між» і «venire» – «приходити». «Суїцидальна інтервенція, будучи «входженням між», являє собою процес запобігання акту саморуйнування. Вона полягає в безпосередньому контакті зі зневіреною людиною і наданні їй емоційної підтримки та співчуття в соціальній, психологічній або екзистенціальній кризі» [126]. Тут автор (Е. Гроллман) у розділі «Що потрібно зробити для того, щоб допомогти» наводить знамениті поради – «тези, якими керуються кризові консультанти в усьому світі». Але подібне може відбуватися й у випадку, коли в кризовій ситуації перебуває особа, яка до цього не мала суїцидальних спроб, але небезпека суїцидальних дій існує.

Третинна профілактика адресована близькому оточенню суїцидента, її мета – допомогти близькому оточенню суїцидента пережити цю подію, використовувати адекватні способи опанування трагічною ситуацією. Дж. Хенден вважає, що можна сфокусувати увагу на засобах, за допомогою яких було здійснено суїцид, на виді діяльності суїцидента, його психологічному портреті.

Поственція найчастіше розуміється як допомога близьким суїцидента, що зазнають болю втрати і почуття провини після того, як самогубець покинув цей світ. Це правильно, але ми також відносимо до поственції і роботу з парасуїцидентами, які залишилися живими після невдалої спроби в ситуації постсуїциду, оскільки суїцидальну кризу ще не подолано, а також можливе подальше ведення суїцидента, якщо буде отримано його згоду.

Надання психологічної допомоги, підтримки в ситуації, яка може обернутися суїцидальною дією, входить до репертуару професійних умінь соціального працівника. Звичайно, у подібних кризових ситуаціях доречно робота професійних психотерапевтів, але й люди, що мають навички встановлення емпатійного контакту й активного слухання та мотивовані надавати підтримку, можуть надавати терапевтичну допомогу. Це доводить ефективність діяльності організації «Біфрендерс Інтернешнл», основу якої складають навчені добровольці (волонтери). Соціальний працівник, що пройшов спеціальну підготовку, може надати невідкладну терапевтичну допомогу в період суїцидальної кризи. Психологічна допомога в подібних ситуаціях може бути контактною (очна бесіда з консультантом) і дистантною по телефону, листуванням (скриботерапія) тощо, яка набирає останнім часом форми консультування в кіберпросторі; вона також може бути індивідуальною та груповою.

Один із провідних фахівців у галузі кризового і, зокрема, суїцидального консультування, Г. Хемблі дає таке визначення кризи: «Криза – це небезпечна можливість із супутньою тривогою». Він же виділяє два види кризи:

- життєва криза (криза розвитку);
- випадкова криза (криза обставин) (Г. Хемблі, 1992).

До *життєвих* криз належать основні події в житті людини, наприклад: народження, смерть, одруження або заміжжя і т. п. У багатьох випадках ці кризи передбачувані, проте можуть викликати значну стресову реакцію. Кризи другого виду, навпаки, непередбачувані, їх не можна передбачити: хтось ішов вулицією і потрапив під машину; жінку згвалтували; людина раптово важко захворіла – усі ці події ведуть до *випадкових* криз, або криз-обставин.

У будь-якій кризовій ситуації є подібні риси – стрес, розгубленість, різні негативні почуття: страх, провина, відчай та ін.

Закономірності динаміки будь-якої кризи призводять до утвердження деяких загальних правил, за якими може діяти психолог-консультант. Більшість кризових ситуацій вимагає, щоб консультант домагався трьох цілей:

- 1) установлення відносин довіри;
- 2) визначення суті кризової ситуації;
- 3) забезпечення тому, хто звернувся, можливості діяти.

Перша мета – установлення відносин довіри – досягається емпатичним вислуховуванням і відображенням почуттів клієнта.

Друга мета – установлення характеру й деталей кризи. Клієнтові потрібно дати можливість висловити ясно й детально, що сталося, що є причиною кризи.

Третя мета кризового консультування – дати можливість клієнту діяти: допомогти виокремити певний план дій і переконатися в тому, що він реальний і досяжний.

Г. Хемблі називає такий підхід «консультуванням надії і дії», закликаючи консультанта в разі кризи породжувати надію і закликати клієнта до дії (Г. Хемблі, 1992).

Люди з суїцидальними намірами і планами перебувають у кризовому стані. Більшість із них – це практично здорові люди, що переживають гострі суїцидальні реакції. Гострі суїцидальні реакції виявляються в афективній сфері інтенсивними негативними емоціями (тривоною, занепокоєнням, тугою, образою, безпорадністю, самотністю), у когнітивній сфері – виникненням неадаптивної концепції втрати, у результаті актуальна ситуація оцінюється песимістично, майбутнє – безперспективне, виникають труднощі в конструктивному плануванні діяльності.

Як вказують фахівці московського Центру суїцидології і про що ми вже згадували, гострі суїцидальні реакції складаються з трьох періодів:

- 1) період психотравми (з фіксацією на ситуації) – триває від декількох годин до двох-трьох діб;
- 2) період дезорганізації – триває від однієї-двох діб до двох тижнів;
- 3) період адаптації до втрати («прийняття ситуації») – триває від одного до трьох тижнів.

Період відновлення після перенесеної реакції триває від одного до трьох місяців.

Основні принципи психологічної допомоги в кризовій ситуації:

1. *Доступність* – суїцидент повинен знати, де і коли він може знайти підтримку. Дуже важлива постійна інформація через ЗМІ про

роботу гарячої лінії та психотерапевтичної допомоги амбулаторно. Класик суїцидології А. Г. Амбрумова величезного значення надавала створеній їй Центром чотиричленної структури допомоги суїцидентам: гаряча лінія – суїцидолог – амбулаторія – кризовий стаціонар. На жаль, у багатьох містах України «телефони довіри» якщо ще й існують, то кабінети суїцидологів відсутні, а звертатися до психіатричних клінік наважується далеко не кожен.

2. *Реакція* – можливість виговоритися, відреагувати на конфліктні наслідки, вербалізувати переживання, які продукують часто нестерпне почуття провини.

3. *Спрямованість на суїцидальні переживання* – якщо аутоагресивні наміри актуальні, необхідно переконати людину відстрочити їх реалізацію, активізуючи антисуїцидальні фактори, але уникаючи при цьому непотрібного моралізаторства.

4. *Директивність* – доречна дозовано, коли діяльність суїцидента дезорганізована.

5. *Посилення впевненості в собі* – конструктивна позиція консультанта, упевненість його передається і суїциденту, він бачить і відчуває, що не самотній, можливість подолати кризу існує.

6. *Відволікання* – перемикає увагу з травми на фактори, які прив'язують людину до життя.

Поряд із загальними принципами допомоги, можна дотримуватися й низки терапевтичних стратегій, розроблених деякими зарубіжними службами кризового консультування для телефонної допомоги, але придатних і для очного консультування. В. Меновщіков звертає увагу на такі:

Налаштування на вентиляцію почуттів. У принципі, це перший крок у структурі будь-якої консультативної моделі – установа емпатійного контакту. Дозвольте клієнту висловитися, не переривайте його. Щоб утримати його на дрозі й не обірвати ту ниточку, яка ще зв'яже його з життям, необхідно прийняти злість і маніпулятивні дії з його боку.

Гарантія. Якщо клієнт заявляє, що ніхто не в змозі допомогти йому, вам необхідно знову і знову запевнити його, що ви можете бути корисним і зацікавлени в продовженні розмови.

Підкріплення позитивних настроїв. Якщо абонент згадав про якісь свої позитивні дії або окрилені надією думки, допоможіть йому усвідомити їх (наприклад, якщо він говорить про те, що збирався вбити себе, але спочатку вирішив зателефонувати вам – підсилюйте цей позитивний момент, скажіть, що раді, що він вчинив саме так).

Надайте альтернативний спосіб вираження почуттів. Ця стратегія передбачає допомогу в ідентифікації вчинків, які клієнт міг би зробити замість спроби самогубства.

Визнання страждань. Вербально підтвердити розуміння того, що загроза (або спроба) суїциду демонструє страждання цієї людини, можна так: 1) серйозно поставитися до його турбот і ситуації, що склалася; 2) пояснити, що немає потреби здійснювати цю дію для того, щоб довести існуюче становище; 3) спробувати альтернативні варіанти. Наприклад: «Той факт, що ви зателефонували мені й обговорюєте тему самогубства, чітко вказує, що вам погано і вам потрібна допомога. Зараз, коли я все це знаю, немає потреби завдавати собі шкоди, давайте краще обговоримо, як вам допомогти».

Обговорення умов «Контракту про нездійснення самовбивства». «Я ніколи не вб'ю себе, випадково чи навмисно, незалежно від того, що станеться» (див. «Клінічна психіатрія», 1989). Якщо людина зможе впевнено зробити подібну заяву – ризик скоєння суїциду зменшиться. Однак якщо він (вона) 1) відмовляється укласти контракт; 2) перебуває під впливом наркотичного або алкогольного сп'яніння; або 3) змінює деяким чином умови контракту, то ступінь ризику самогубства цієї людини підвищений. Наприклад, клієнт може оскаржити умову «ніколи» і ввести тимчасове обмеження. Якщо це відбудеться, спробуйте вмовити його вступити з вами в контакт до того, як буде вичерпано цей ліміт часу. Наприклад, якщо він стверджує, що не вб'є себе сьогодні ввечері, спробуйте вмовити його зателефонувати вам до настання ранку. Якщо він не погоджується, то спробуйте домовитися про те, щоб він зателефонував, поки ще здатний контролювати свої суїцидальні імпульси.

Дослідження летальності. Визначальні фактори було наведено вище. Розмовляючи, але жодному разі не оцінюючи, спробуйте отримати інформацію, що стосується факторів летальності. Для того, щоб з'ясувати, збирається чи ні індивід вчинити самогубство, чи готовий у нього план, чи мається доступ до матеріалів і т. п., найкраще ставити запитання безпосередньо. Така стратегія дає зрозуміти клієнту, що ви слухаєте те, що він говорить, ви зацікавлені в ньому і допоможете запобігти самогубству. Потім ви можете спробувати схилити індивіда до встановлення часового обмеження шляхом укладення, як зазначено вище, «контракту про нескоєння самогубства» [118].

Фахівці Центру суїцидології розробили модель терапевтичної бесіди з гострим кризовим пацієнтом, що складається з чотирьох етапів.

1. Установлення контакту. Він додасть упевненості в тому, що людина звернулася саме в ту службу, яка призначена для надання допомоги, що консультант доброзичливий і професійний. Головне

завдання цього етапу – переконати суїцидента в емоційному прийнятті та співчутті, що покликане знизити емоційну напруженість клієнта й дати можливість більш відверто говорити про свої переживання.

2. Інтелектуальне оволодіння ситуацією. Вислуховуючи клієнта, знижуючи емоційну напруженість і ставлячи питання, консультант *структурує ситуацію*, формуючи у свідомості клієнта об'єктивну та послідовну картину психотравматичної ситуації. Розкриваючи послідовність ситуації, консультант показує її зв'язок із попередніми подіями і, отже, можливість її зміни; фахівці Центру називають цей прийом *«включення в контекст життєвого шляху»*. Важливо робити акцент в оповіданні суїцидента про свій життєвий шлях на можливі позитивні його дії (подолання труднощів, удачі), тобто звертатися до ресурсів клієнта, формуючи в нього уявлення про себе як про особистість, здатну до позитивних і конструктивних дій – *прийом «терапії успіхами і досягненнями»*.

Протягом другого етапу консультант використовує терапевтичні прийоми підтримки та поглиблення комунікації, що добре відомі і застосовуються в консультативній практиці: *повторення змісту висловлювання, відображення і поділ емоцій, вербалізація, пошук джерела емоцій*.

3. Планування дій, необхідних для подолання критичної ситуації. Клієнт підводиться до усвідомлення того, яке вирішення ситуації для нього найбільш прийнятне – прийом *«ідентифікація цілей»*. У деяких випадках подолання критичної ситуації розбивається на більш дрібні завдання, можливі для подолання. Рішення пропонує консультант, однак у незавершеному вигляді, стимулюючи активність клієнта. Основні прийоми цього етапу: *інтерпретація, планування, утримання паузи*.

4. Активна психологічна підтримка. Підвищується впевненість клієнта в його здатності подолати важку ситуацію, підкреслюються колишні досягнення. Прояви неспроможності особистості в актуальній ситуації не інтерпретуються, щоб не знижувати рівень самосприйняття. Основні прийоми: *логічна аргументація, переконання, раціональне навіювання*.

Одним із найбільш поширених засобів надання невідкладної психологічної допомоги при суїцидальній кризі є **телефонна допомога**: гарячі лінії, телефони довіри, лінії життя, телефонні служби, що належать таким організаціям, як Befrienders International, Samaritans. Власне кажучи, у сучасному вигляді телефонна допомога й виникла як вид кризового консультування за умов суїцидального ризику. Відомо, що потенційні суїциденти становлять від 9 до 40 % тих, хто звернувся [144, с. 132].

Д. Вассерман наводить дані про ефективність телефонної допомоги в Італії («Tele-Help»). Сукупний аналіз, проведений Д. Лестером, виявив слабкий зворотний зв'язок між кількістю служб, що спеціалізуються на суїцидальній превенції, і кількістю самогубств на території, яку ці служби охоплюють. Особливості телефонної комунікації:

1. Просторові. Консультант і клієнт спілкуються дистантно, тобто мають можливість підтримувати зв'язок на значній відстані один від одного. З одного боку, це розширює можливості діяльності консультанта, з іншого, – підвищує психологічне навантаження на нього, бо він несе професійну відповідальність за людину, що знаходиться далеко від нього.

2. Часові. Можливість швидкого з'єднання (абонента з консультантом). Під час роботи телефонної служби цілодобово (а це найбільш ефективний режим роботи, враховуючи актуалізацію кризових станів у вечірні та нічні години) той, хто звернувся, може вступити в контакт у будь-який час.

3. Анонімність. Контакт по телефону надає максимальну анонімність абоненту. Це особливо важливо для осіб з аутоагресивними переживаннями, котрі мають страх і відчуття провини, оскільки суїцидальність у суспільстві стигматизована. У багатьох людей із суїцидальними переживаннями (і не лише в них) існує упередження проти всього, що пов'язане з «лікуванням психіки», страх перед госпіталізацією, повідомленням за місцем роботи та ін. Телефонна допомога, у свою чергу, носить елімінований (неявний) характер, що дозволяє тому, хто звернувся, не відчувати себе пацієнтом, «психом» і не знижувати й без того невисоку самооцінку.

4. Можливість перервати контакт. Телефонний контакт можна перервати в будь-яку хвилину, що посилює в абонента відчуття безпеки.

5. Ефект обмеженої комунікації. Для спілкування в телефонній допомозі слугує тільки аудіальний канал, що обмежує інформацію для консультанта, водночас у силу своєї специфіки телефонна комунікація стимулює вербалізацію емоційного стану, планів, намірів. Це сприяє афективній реакції, інтелектуальному оволодінню абонентом своєю ситуацією. Незримість консультанта форсує перенесення, певною мірою ідеалізуючи фахівця, що підвищує ефективність терапевтичної взаємодії.

6. Ефект довірливості. Незважаючи на відстань, голоси абонента і консультанта звучать у безпосередній близькості один від одного, у «голові» кожного («Ми ближче до людини, ніж його серцева жила», – говориться в Корані). Це сприяє швидкому формуванню довірливості в розмові.

Наявні телефони довіри відрізняються за типом відносин, що складаються між співрозмовниками. М. Дубровська виділяє три моделі телефону довіри.

Модель «лікар допомагає пацієнтові» – це той тип відносин, за яких телефонний консультант, як лікар, бере на себе відповідальність за життя (і здоров'я) того, хто звернувся.

Модель «спеціаліст допомагає клієнту» передбачає допомогу фахівця-психолога у вирішенні тієї проблеми, яку ставить перед ним той, хто зателефонував.

Модель «людина допомагає людині» передбачає повноту людського спілкування двох людей, одна з яких потребує допомоги. Допомогою їй є як самі стосунки, що складаються між ними, так і дії телефонного консультанта з вирішення кризи того, хто зателефонував.

Створення телефону довіри слід почати з вибору моделі служби. Визначеність у цьому питанні дозволить уникнути багатьох складнощів надалі.

Один із видів дистантного консультування – взаємодія у знаковому контексті без включення аналогової системи (у дистантній формі – це телефонне консультування) може здійснюватися листуванням, методом епістолярної терапії або скриботерапії за пропозицією В. Меновщикова (від латинських слів: «scribio» – «писати» і «therapia» – «лікування»), а також набуває останнім часом форм консультування в інтернеті.

Консультування листуванням сходять своїм корінням до початку минулого століття, до терапевтичних листів Г. Оппенгейма. Згодом листування набуло поширення, зокрема в радянський час про його досвід повідомляли відомі психотерапевти М. Є. Бурно (1978) і В. Л. Леві (1982). Із розширенням терапевтичних послуг цей вид роботи був затребуваний у разі неможливості охопити, наприклад, жителів віддалених районів, де центри психологічної допомоги, як правило, були відсутні, або за відсутності телефонів у клієнтів, а також тих, хто прив'язаний до будинку через хворобу, нездатність пересуватися чи старість. Відомою є діяльність «пошти довіри» в роботі обласних соціальних служб у Росії та Україні.

Водночас ефективність і навіть доцільність подібної форми консультування й терапії викликали питання. Так, С. Л. Кінг і Д. Морреджі [178] вважають, що за деяких станів такі послуги протипоказані: наприклад, особам, які мають сексуальні порушення як первинну проблему, зазнають насильства, мають розлади харчової поведінки, а також людям із психотичними розладами, сприйняття дійсності яких спотворене, і тим, хто має суїцидальні тенденції. До

того ж Д. Вассерман [33] наводить повідомлення Дж. Мотто та ін. про помітне зниження рівня суїцидальної смертності в групі хворих, які вчинили суїцидальну спробу, з якими регулярно спілкувалися листуванням, порівняно з групою без подібної роботи. Звернення до пацієнтів здійснювалися щомісяця протягом перших чотирьох місяців після спроби, раз на два місяці протягом наступних восьми місяців і раз на три місяці протягом наступних чотирьох років (отже, 24 контакти протягом п'яти років). Д. І. Шустов також повідомляє про успіх психотерапії за допомогою листування [144].

В. Меновціков, визнаний авторитет у цій галузі, дозволив виділити кілька конкретних прийомів, які використовує консультант, даючи клієнтові зворотний зв'язок і здійснюючи психологічну підтримку [96]:

1) *переказ* – цитування того, що було написано клієнтом;

2) *уточнення* – звернення до нього з проханням щось доповнити, пояснити. Наприклад: «Поясніть, будь ласка, що Ви мали на увазі». Тут можливе використання 12 питань метамоделі (НЛП) типу: «Як?», «Що саме?» і т. п. Скажімо, клієнт повідомляє: «Я не можу розсердитися»;

3) *подальший розвиток думок співрозмовника* – письмовий виклад підтексту, повідомленого клієнтом (у рамках висловленого ним сенсу), висунення гіпотез щодо причин події або подальшого ходу подій. Наприклад: «Можливо, у цьому випадку Ви зробите...»;

4) *повідомлення про сприйняття консультантом стану клієнта*, дзеркальне відображення його почуттів. Наприклад: «Мабуть, Ви цим дуже засмучені (ображені, розсерджені і т. д. і т. п.)»;

5) *повідомлення про сприйняття консультантом самого себе і своїх почуттів у певній ситуації*. Наприклад: «Мене турбує, що ми з Вами...»;

6) *зауваження про хід письмового діалогу* (за умови отримання повторних листів). Наприклад: «Я думаю, що ми з Вами знайшли низку варіантів вирішення проблеми».

Широко використовується підкреслення, виділення великими літерами, знаки оклику і т. п. В. Меновціков вважає, що лист в обов'язковому порядку має писатися від руки, а не друкуватися, наприклад на машинці. Це робить контакт між клієнтом і консультантом більш довірливим і близьким. Важливим є чорновий варіант листа, який консультант (психотерапевт) може прочитати і внести необхідні корективи. Чернетка також дає можливість згадати вже написане в разі отримання повторного листа. Але скриботерапія як консультативно-психотерапевтична методика має й ряд обмежень:

1. Дистантність допомоги в багатьох випадках ускладнює діагностику, не дозволяє спертися на невербальні прояви клієнта, побачити неконгруентність поведінки і вербальних повідомлень.

2. Під час здійснення листування ускладнюється рефлексія консультантом (психотерапевтом) власних дій; часто він залишається взагалі без будь-якого зворотного зв'язку з боку клієнта.

3. Відомо, що багато невротичних проявів вимагають прямої психотерапевтичної дії лікаря чи психолога.

Листування в цьому випадку слугує лише початковою, передавальною ланкою допомоги до безпосередньої – до роботи сам на сам.

Не залишається сумнівів у тому, що названі прийоми, використовувані в різних напрямках психологічної практики, багато в чому збігаються за змістом.

Істотне місце в житті сучасного суспільства посідає інтернет, кіберпростір.

Б. Д. Карвасарський, Ю. В. Кузнецов вважають, що до переваг *психотерапії електронною поштою* слід віднести:

- її актуальність для Росії (і для України), тому що значна частина населення віддалена від центрів психотерапевтичної допомоги;

- стовідсоткова можливість супервізії, оскільки листування може зберігатися як завгодно довго в повному обсязі;

- безпрецедентний рівень анонімності тих, хто звертається, оскільки інтернет дозволяє відкривати анонімні поштові скриньки з вигаданими псевдонімами, що веде до максимальної відкритості пацієнта;

- особливе використання можливостей цитування як терапевтичного інструмента, пов'язаного з автоматизацією цієї функції під час листування;

- можливість взаємної та колективної роботи психотерапевтів – операторів, експертів різних напрямів, пов'язаних між собою не обов'язково безпосередньо, а за допомогою комп'ютерного зв'язку в будь-яких куточках світу;

- не виключається інтеграція індивідуальної та групової психотерапії, зв'язок пацієнтів, що тільки-но звернулися, із тими, хто пройшов курс психотерапії, за необхідності залучення різних комп'ютерних тестових та тренінгових програм [77].

Питання, пов'язані із суїцидом в інтернет-просторі, досить неоднозначні і заслуговують уваги суїцидологів. З одного боку, це можливість надання психологічної допомоги, з іншого – існування всіляких форм спілкування – форумів, клубів самогубців, діапазон яких широкий – від самопідтримки до консультування, як найкраще вчинити самогубство.

Зокрема, Б. С. Положий і Т. Б. Дмитрієва (2008) серед явищ, які сприяють зростанню кількості самогубств, особливо виділяють висвітлення суїциду у ЗМІ і додають до списку причин самогубства

численні інтернет-спільноти та клуби самогубців, які підштовхують людей до добровільного відходу в інший світ.

Висвітлення проблеми депресії в інтернеті на форумах та обговорення спроб самогубств уперше було порушено в роботі П. Бауме, Е. Кантора, А. Рольфа (1997). П. Бауме, М. Клінтон (1998) вважають, що спілкування в мережі на форумах подібне до роботи медичної сестри, яка може вислухати біль людини. К. Беккер, М. Майер, М. Нагенбург, М. Ель-Фаддах, М. Шмідт, (2004), досліджуючи групу підлітків 17 років, дійшли висновку, що головна небезпека форуму для користувачів виходить не з самого факту повідомлення про депресію, а через обговорення вчинених або задуманих суїцидальних дій, кількості та якості доз медикаментів для летального результату, різних способів підготовки для вчинення суїцидальної спроби.

С. Вінкель, Г. Грюн, Ф. Петерманн (2005) вважають корисними суїцидальні форуми, якщо на них заборонені або не обговорюються методи і способи самогубств.

В останніх публікаціях автори вважають, що користь від спілкування людей на форумах усе ж є, і розглядають форум як клуб екстреної допомоги 24 години на добу (Т. Пфейффер-Гершель, Н. Нідерейтер, У. Хегерль, 2006), коли людина «стоїть на краю» і вибирає між життям і смертю (Дж. Хорн, С. Уїгінс, 2008). На форум людина заходить здебільшого в кризовому стані, коли суїцидальні думки набувають серйозного характеру і зберігаються тривалий час, намагається знайти розуміння і виговоритися.

Французькі фахівці в інтернет-мережі проводять моніторинг різних сайтів (блогів, чатів, форумів), де користувачі (головним чином, підлітки та молодь) висловлюють суїцидальні інтенції. На основі визначення IP-адреси робиться інтервенція [22].

Що ж до доречності та ефективності кризового консультування онлайн, то більшість фахівців бачать його перспективи. Дж. Грейт та ін. (1973, процитований М. Л. Зарром, 1984) вважають, що багато людей відчують себе більш комфортно, описуючи соціально ненормативну поведінку, зокрема самогубство, комп'ютеру, тому що це не засуджується.

Дж. К. Міллер, К. Дж. Герген (1998) вважають, що обміни повідомленнями впродовж 11-місячного періоду в анонімній групі підтримки людей із думками про самогубство мали підтримувальний ефект, але рідкісними були повідомлення, які вони характеризують як «стимулювання зміни». Вони зробили висновок, що обміни онлайн більш «підтримувальні, ніж перетворювальні». Цей висновок здається обмеженим, оскільки покладається на сторонню оцінку того, як обмін між іншими робить свій внесок «у зміни» [86]. Водночас більшість

фахівців, що працюють у сфері дистантного консультування, зокрема телефонного, сходяться на тому, що воно має скоріше підтримувальний характер і не претендує на зміну особистісної структури. Дж. К. Міллер і К. Дж. Герген також довели що ті, хто, відповів на питання про групу, висловлювали задоволення, але відзначили, що, можливо, не всі, хто мав негативні переживання, схильні були відповідати.

Як середовище спілкування на основі тексту, електронна пошта змінює традиційну динаміку безпосередньої комунікації і може впливати на комунікацію способами, як явними, так і непередбаченими. Наприклад, комунікація через текст часто здається більш різкою і критичною, ніж комунікація віч-на-віч і без невербальних знаків мови тіла, тону голосу і виразів обличчя, може вести до непорозумінь і розриву комунікації.

Оцінка ризику самогубства та ініціювання відповідного втручання через інтернет-сферу, якій не вірять багато професіоналів галузі психічного здоров'я. Деякі пов'язують це з нездатністю бачити клієнта віч-на-віч, щоб використовувати у своїх інтересах візуальні та інші ознаки в оцінці настрою клієнта. Без сумніву, раніше подібна критика вже була, коли вперше з'явилися телефонні гарячі лінії. І це ті гарячі лінії, які сьогодні ми розглядаємо необхідною частиною кризового інтервенційного континенту послуг, особливо в роботі з підлітками, утікачами, насильством у сім'ї, сексуальним насильством та іншими людськими трагедіями. На думку членів CSG: «Дійсність полягає в тому, що онлайн консультування та підтримка самогубців і тих, хто в кризі, можуть бути дуже ефективними. Інноваційна програма в Ізраїлі, наприклад, була настільки успішною, що багато життів було врятовано».

Онлайн консультування та підтримка самогубців і тих, хто перебуває в кризі, можуть бути дуже ефективними. Незважаючи на брак зорового контакту і послідовних невербальних проявів комунікації, до людей у серйозній емоційній базі можна ефективно наблизитися й емоційно доторкнутися через синхронні пристрої комунікації онлайн. Крім того, досить багато людей у кризових ситуаціях мають тенденцію розділяти їхні події й почуття з анонімними, невидимими партнерами в мережі, оскільки особисті заборони при цьому зменшуються. Тому професійна кризова інтервенція, керована спеціально навченим персоналом, може допомогти, оскільки люди в кризі і біді тягнуться до таких місць, де інші готові швидко розділити їхні хворобливі події. Крім того, оскільки суїцидальні наміри оголошуються в громадських середовищах онлайн, типу особистих веб-сайтів, блогів, дощок для повідомлень (форуми) і кімнати для дискусій (чат), стає легше ідентифікувати клієнта і наблизитися до людей у кризі.

Досвід інших психологів показує досить ясно, що емоційний зв'язок може бути встановлено онлайн, і він формується щохвилини щодня. Спілкування онлайн може мати чудову інтенсивність і близькість – дуже реальне, а не уявне.

Є досить багато веб-сайтів, які слугують запобіганню самогубствам і включають цінну інформацію та ресурси самовдосконалення, які могли б допомогти людям, що розглядають можливість самогубства. Ті, хто перебуває в кризі, можуть використовувати ці сайти безпосередньо і незалежно від людського посередництва. Ця доступність ресурсів може бути стимулом для того, щоб шукати далі допомогу.

Групова кризова терапія може бути ефективною, використовуючи всі переваги групової роботи, зокрема отримання зворотного зв'язку від членів психотерапевтичної групи і можливості надавати допомогу іншим учасникам, переживаючи при цьому почуття компетентності і потрібності, що дуже корисно для подолання кризи. Відома програма групової кризової терапії Г. В. Старшенбаума [123]. Терапія здійснюється поетапно щодо кожного учасника групи: кризова підтримка, кризове втручання, тренінг навичок адаптації. У ході одного заняття залежно від стану пацієнтів зазвичай використовуються методи, що відповідають різним етапам кризової терапії. Курс терапії в середньому триває місяць, заняття тривалістю 1,5-2 години проводяться до п'яти разів на тиждень.

У процесі комплексної психотерапії кризових станів знаходить широке застосування метод рольового тренінгу (РТ). Один із варіантів його розроблено фахівцями Московського НДІ психіатрії МОЗ РФФСР О. Р. Арнольдом і Г. А. Скибиним [115]. Розробники запевняють, що він розрахований на поглиблення і вдосконалення соціалізації особистісно-соціальних, ціннісних та морально-етичних установок пацієнта, корекції організації системи міжособистісного спілкування і пов'язаного з ним інтрапсихічного самопочуття. Опрацювання ролей, установок, переживання, спостереження як за власним самопочуттям, так і за станом та спрямованістю інших членів групи гарантує в цій формі занять найбільшу глибину, достатню фіксацію на потрібних моментах, що готують зміни оцінок орієнтирів і позицій. Основним завданням рольового тренінгу вважається розвиток комунікативних функцій і корекція навичок спілкування. Заняття проводяться два-три рази на тиждень, кожне триває 1,5-2 години. Оптимальний склад групи – 9-12 осіб, бажано, щоб кількість чоловіків і жінок була приблизно однаковою. Обмежується кількість пацієнтів віком понад 50 років, а також «глядачів», які тільки відвідують заняття, але не беруть участі в ігровій дії. Група відкрита: ті, що вперше прийшли, включаються в діяльність групи, а коли її склад оновлюється більше ніж наполовину,

ведучий перед основним заняттям дає коротке, не більше ніж на півгодини, пояснення (цілі та завдання рольового тренінгу, мистецтво спілкування, маски й ролі).

Орієнтовна схема заняття:

0. Дуже коротке вступне слово ведучого (2-3 хв.).

1. Розминка.

2. Парні етюди без слів.

3. Розігрування нескладних і малозначущих для пацієнтів ситуацій, зазвичай життєво-побутового або професійного плану.

4. Основна частина рольового тренінгу – поведінка в складних, особливо значущих ситуаціях.

5. Психологічні ігри – звичайний фінал рольового тренінгу.

Д. С. Ісаєв та К. В. Шерстнев [64] наводять варіант психокорекційної програми, в основу якої покладено розробку М. Л. Покрасса «Терапія поведінкою» із системою групової психотерапії та адаптований варіант гештальт-терапевтичної групи. Програму призначено для реалізації в кризовому стаціонарі, але соціальному працівнику буде корисно ознайомитися з її основними принципами.

В основу системи покладено факт, що за суїцидальної поведінки виявляється прихована депресія, усіх пацієнтів об'єднує інфантильна життєва позиція. «Позиція людей, що живуть під чужою відповідальністю, чекають турботи про себе не від себе, зрештою нетворча, безініціативна, пасивно-споживацька» [64].

У ході роботи із суїцидальними особистостями в умовах кризового стаціонару підтверджено, «... що освоєння, навіть часткове, активної життєвої позиції не на словах, а практично, призводить до поліпшення стану, доступності інших видів психотерапії та медикаментозного лікування і кінцевого одужання.

Цілі та завдання психокорекції

Корекція ставлення до «Я»: досягнення здатності до об'єктивної самооцінки (корекція самооцінки), усвідомлення та усунення проявів психологічного захисту. Реставрація, корекція пригніченої або перекрученої системи емоційного вираження себе, а з цим і зміцнення адаптивності. Досягнення самостійності, антиконформності, антипереконання, здатності відповідати за власну поведінку. Реабілітація «Я» у власних очах, досягнення впевненості в собі і реставрація почуття гідності. Корекція системи цінностей, потреб, їх ієрархії. Приведення домагань у відповідність із можливостями. Корекція статево-рольового самовідчуття і поведінки, корекція поведінки. Прийняття адекватної ролі.

Корекція ставлення до інших: досягнення здатності до емпатії, розуміння переживання і співпереживання, станів та інтересів інших, здатності до критичного (доброзичливого) сприйняття достоїнств і недоліків інших осіб. Орієнтація на альтруїстичне і колективістське

ставлення до оточуючих. Набуття навичок адекватного і рівноправного спілкування. Здібності до запобігання та вирішення міжособистісних конфліктів. Набуття навичок культури емоційної експресії, відпрацювання цивілізованої та продуктивної форми прояву підліткової агресії.

Набуття навичок аргументації та ясного, точного викладу своїх думок, уміння встановлювати міжособистісні контакти, набуття лідерських та організаторських умінь, навичок виходу зі скрутних і небезпечних відносин з іншими, навичок самозахисту. Досягнення поваги від інших, особливо від однолітків і батьків, завоювання авторитету і, як кінцевий результат, адаптація серед інших.

Корекція ставлення до реальності (до життя). Набуття навичок вибору і прийняття рішення, мобілізації та самоорганізації, особливо в екстремальних ситуаціях та обставинах. Набуття і зміцнення вольових рис, стійкості до невдач, загроз, біди. Набуття оптимізму у ставленні до реальності. Подолання труднощів і перешкод. Подолання затьмареності і невігластва у ставленні до життя, корекція неадекватного способу життя.

Як кінцева мета, має місце реставрація почуття гідності, набуття стресотолерантності, реабілітація та реадптація.

Етапи:

Підготовчий

Проводиться на первинній консультації лікарем-психотерапевтом або психологом. Пацієнт стикається з обстановкою РКС у психотерапевтичному кабінеті, де до нього уважні, але його не жаліють. Йому пропонується залежно від ступеня суїцидального ризику: або госпіталізація в РКС, або участь у груповому процесі реадптації в режимі денного стаціонару (пацієнт весь день перебуває в РКС і тільки на ніч іде додому).

Зазвичай пацієнтові пропонується написати письмову роботу, наприклад «емоційну автобіографію», із визначенням ставлення до кожної емоційно значущої події з моменту «тут і зараз», як коментар до життєвого епізоду.

Завдання цього етапу:

- налагодити емпатичні відносини з пацієнтом;
- послабити егоцентричні очікування пацієнта;
- активізувати внесок у майбутнє співробітництво;
- спонукати пережити травму (!) від актуалізації частини своїх проблем за відсутності фахівця;
- дати деяку емоційну розрядку;
- підготувати до обговорення «болючих» проблем.

1 етап: мотивування

Проводиться фахівцем-психотерапевтом або психологом, що працюють із конкретною людиною. Може проходити в кабінеті «сам на сам», або в присутності кількох пацієнтів, що вже беруть участь у терапії.

Завдання:

- уберегти від сповіді перед незнайомими людьми;
- зберегти особистісну незалежність пацієнта від лікаря;
- установалення контакту (оптимальної дистанції) пацієнта з фахівцем і з групою;
- введення в групу;
- спонукати пацієнта шукати підхід до фахівця та інших учасників психотерапевтичного співробітництва;
- похитнути споживацьку установку;
- діагностика хвороби (суїциду), установок, спрямованостей, мотивів пацієнта, ознайомлення з концепцією хвороби пацієнта;
- ознайомлення пацієнта з концепцією фахівця, обґрунтованою вивченням біографії пацієнта;
- мотивування терапії: мобілізація волі пацієнта на співпрацю в лікуванні.

Мотивування досягається виявленням усього, чим загрожує одужання, що необхідного пацієнту дає хвороба (суїцид). Що вона забирає, що обіцяє одужання.

Мотивування пронизує всю терапію і призводить до формування саногенної установки. Саногенна установка виявляється сформованою, коли позитивні перспективи, одержувані з одужанням (виходом із кризи), відчуваються пацієнтом більш істотно, ніж втрати, завдані позбавленням від хвороби, небажання жити й активно брати участь у власному становленні. Зрозуміло, що й перспективи, і втрати важливі: по-перше, моральні, а потім фізичні. Тобто й ті, й інші найчастіше постають у вигляді соціально-психологічних факторів.

Саме страждання не є достатнім мотивом для одужання. Воно мотивує діяльність пацієнта тільки до полегшення, за яким слідує самозаспокоєння і зрив.

Страждання має сенс, якщо людина змінюється» (Е. Бекон).

2 етап: терапія поведінкою й елементами гештальт-терапії

На цьому етапі пацієнти освоюють внутрішню та зовнішню поведінку, необхідну для виходу з кризової ситуації. Вони спочатку вчать бути «свідками» своїх переживань, потім ці тяжкі переживання утримувати. Це знижує гостроту небажаних переживань (припиняючи марну боротьбу з ними). Далі тренуються у створенні собі тих необхідних ситуацій, яких вони уникали в гострий період кризи, в яких симптоматика посилювалася або виникала, і тренуються перебувати в цих ситуаціях. Погіршення стану «карається» збільшенням і продовженням навантажень із безумовною підтримкою особистості пацієнта психологом і групою інших пацієнтів. Поліпшення «заохочується» їх полегшенням або

скороченням. На цьому етапі пацієнт навчається виділяти фігури власної поведінки через проєкцію на прикладі інших членів групи. На цьому етапі вже можлива індивідуальна робота з пацієнтом у присутності всієї групи. Етап завершується, коли пацієнт переживає звільнення від невротичного симптому, незалежність від нього – вихід із кризової ситуації.

3 етап: актуалізація і вирішення зовнішнього конфлікту

Необхідність цього етапу зумовлювалась станом невмотивованої тривоги, сум'яття, занепокоєння, туги, прояву напруги, агресивної поведінки. Стан іноді переживається як неспокій від відсутності кризового стану або як туга з приводу витраченого часу на перебування в цьому стані, почуття провини за вчинену дію, страх, що ситуація може відновитися і пацієнт із нею не впорається. На цьому етапі можливе повернення симптомів кризової ситуації. За послідовної поведінки пацієнта в системі «заохочення – покарання» із розширенням сприйняття реальності через гештальт-терапію «тут і зараз» у процесі «життя» групи відбувалася актуалізація зовнішнього конфлікту. Пацієнт описував на другому етапі навички поведінки, пристосовувався до «нової життєвої ситуації» з усвідомленою орієнтацією на конструктивне рішення, формуванням особистісного ставлення до конфлікту.

Етап завершується освоєнням своїх обставин. Воно полягає у прийнятті їхньої необхідності або в необхідній зміні цих обставин. Таке пристосування і є вирішенням зовнішніх обставин.

4 етап: актуалізація і вирішення внутрішнього конфлікту.

Завдання:

- визнання і прийняття власних індивідуальних особливостей;
- освоєння вміння оптимально реалізовувати свої особистісні особливості (а не боротися з ними), продуктивно використовувати властивості, прийняті за «недоліки», як достоїнства;
- освоєння активної життєвої позиції;
- послідовне освоєння індивідуалістичної, а потім особистісної поведінки, що відрізняється природністю, внутрішньою несуперечністю.

Зацікавленість пацієнта в цьому етапі визначається не наявністю маніфестних симптомів, а тим, що його життя виявляється ланцюгом труднощів, які виникають не через особливості умов, а є наслідком його індивідуального життєвого стилю. У разі істерії цей етап з останнього перетворюється в перший.

Структура (у групі беруть участь пацієнти всіх етапів роботи з віковим цензом від 13 років і вище) й обмеженість групи (середній термін перебування пацієнтів у РКС – чотири-шість тижнів), групові заняття, що проходять щодня, максимально можлива завантаженість

пацієнтів у процесі реадaptaції, індивідуальна «робота над собою» дозволяють упродовж перших двох тижнів вивести пацієнта з кризи, а далі провести роботу щодо проходження другого і третього етапів.

Група постійно знаходиться в русі від егоцентричного етапу до справді колективістського.

Завданням реадaptaції та підвищення рівня адaptaції суїцидонебезпечного контингенту слугує і така форма позастаціонарної та позамедичної допомоги, як робота реадaptaційного клубу. Це досить рідко зустрічається у формах роботи, нам відомо про діяльність одного експериментального психокорекційного клубу, відкритого в 1984 р. у Москві і керованого чудовим психологом М. З. Дукаревич [53]. Робота клубу розглядалася його організаторами як один із варіантів побудови як первинної, так і вторинної антисуїцидальних профілактик.

У діяльності клубу виділено два напрями: робота зі старшою віковою групою (60 років і старше) і молодіжною групою (18 років і молодше, до 23 років), крім того, окремо виділено дитячу групу. За спостереженнями фахівців, керівників клубу, феномен дезадaptaції відзначається на різних адaptaційних рівнях. Так, у старшій віковій групі – це розрив між вищим, ціннісним рівнем і нижніми адaptaційними рівнями: емоційно-контактним і ситуаційним. Завдання психотерапевтичного впливу на осіб цього контингенту – відновлення втрачених рівневих зв'язків, формування середовища спілкування, поновлення необхідної для реадaptaції кількості важливих контактів.

Задля цього для цієї вікової групи було створено «розмовні» групи, переважно закритого типу, по сім-дев'ять чоловік у кожній. Психотерапевтичні співбесіди проводилися один раз на тиждень. Результати групової динаміки для більшості учасників цих груп відзначалися через п'ять-шість місяців.

Молодша вікова група з великими труднощами володіє першим рівнем адaptaції – ситуаційним. Середній рівень – емоційно-контактний – найчастіше виявляється афективно спотвореним і вимагає поглибленого психотерапевтичного впливу. Вищий рівень – ціннісний – недорозвинений і вимагає активного психолого-педагогічного впливу. Тому для молодіжної вікової групи клубу створено відкриті групи, що мають на меті зміцнення й розвиток соціальних установок і підвищення загального рівня розвитку та активності. Амбулаторні групові заняття проводяться щотижня, результати групової динаміки стають очевидними через один-два роки.

Старшим за віком, в основному самотнім пенсіонерам, група надає побутову допомогу. Групи збираються в години дозвілля, приблизно раз на два тижні, слухають музику, танцюють, запрошують когось для

проведення бесід і читання лекцій або готують їх самі, організовують святкування календарних дат.

М. З. Дукаревич вбачала головний результат подібної форми роботи в тому, що: «У сукупності своїй уся система спостереження, розвитку, підтримки, взаємодопомоги, підбору та організації середовища спілкування... забезпечує можливість перенесення безпосередньо в життя зразків побудови взаємин (ділових, дружніх, сімейних), форм організації дозвілля, упевненості в пошуку надійних джерел інформації (оперативної та культуральної). А це – основа і ґрунт для створення спеціалізованого стилю життя, який зводить до можливого мінімуму відчуження людини, тенденції зародження суїцидального напрямку думки, стилю, який забезпечує необхідну підтримку і почуття більшої захищеності від самотності і безпорадності в момент труднощів і стресів...» [53, с. 140].

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Дайте визначення всім основним поняттям теми.
2. Як перекладається з грецької термін «crisis»?
3. Дайте визначення поняттю «психологічна криза».
4. Назвіть найважливіші структурні компоненти психологічної кризи.
5. Опишіть модель терапевтичної бесіди з гострим кризовим пацієнтом.
6. У чому полягають особливості контактного та дистантного видів консультування?
7. У чому недоліки та переваги кризового е-консультування?
8. Проаналізуйте заняття «Встановлення емпатійного контакту» з навчального посібника «Біфрендерз Інтернешнл» і визначте основні прийоми консультанта та структури розмови.
9. У чому полягає основне завдання рольового тренінгу з кризовою особистістю?
10. Опишіть коротко (0,5-1 сторінка) власні враження від матеріалу, що можуть стосуватися розмірковувань, вражень, емоційного відгуку тощо, а також рефлексивних спостережень щодо засвоєння матеріалу.

Розділ 10

ДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ У СУЇЦИДОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Питання про методи діагностики суїцидальної поведінки та особистості людини, яка вчинила суїцидальну дію, у сучасній суїцидологічній практиці часто впирається у спробу знайти суїцидологічний аналог алхімічного філософського каменя: методику, яка давала б надійну, валідну, достовірну оцінку можливості передбачити суїцидальну дію або окреслити явний контур «суїцидальної особистості», намалювати, як часто люблять говорити у відповідних публікаціях, «портрет» суїцидента.

Багаторічний досвід суїцидології показує, що це, у принципі, нереальне завдання. Суїцид, як ми вже спробували показати, настільки різноманітне явище, що жодні наспіх розроблені «прогнози» не в змозі дати стовідсоткову відповідь. У своїй книзі «Ризик самогубства: формулювання клінічної точки зору» відомий американський психіатр-суїцидолог Дж. Молстбергер пише: «Клініцист, який має вирішити, наскільки великий ризик суїциду в конкретного пацієнта, може опинитися в скрутному становищі. Діагностичні міркування, епідеміологічна інформація, знання типових клінічних симптомів і навіть дані біологічних досліджень, які тепер стають доступними, є ... недостатніми. Навіть у повному обсязі ця інформація не дає відповіді на питання: «Чи збирається пацієнт, який сидить переді мною, вчинити самогубство?» [181].

Водночас поєднання низки суїцидологічних інструментаріїв, т. зв. «шкал суїцидальної активності» і психодіагностичних методик, які можуть допомогти побічно оцінити ймовірність суїцидальних дій, допомагають припустити ймовірність прийняття суїцидального рішення. Оцінку та прогноз здійснює вже другий діагностичний інструмент – сам фахівець: суїцидолог, психолог, соціальний працівник.

З основними принципами можливого прогнозування ймовірності розвитку суїцидальної поведінки ми вже ознайомилися у відповідних розділах. У цьому розділі ми хочемо охарактеризувати ряд методик, що можуть допомогти фахівцеві в цій проблемі. Частина з них буде розміщено в додатках. Ми їх класифікуємо як методики широкого суїцидологічного профілю, особистісні опитувальники та проєктивні методики.

1. Шкали суїцидальної активності

П. Бек звертає увагу на бажану стислість для шкал, що оцінюють суїцидальний ризик, оскільки вони часто застосовуються в клінічній бесіді. Вони пропонують шкали, які оцінені дослідниками як надійні, зокрема модифікацію шкали ризику повторних суїцидальних дій, Бугласа і Хортон, яка значною мірою заснована на наявності ознак психічних захворювань і модифіковану шкалу оцінки ризику після спроби, у якій увагу приділено попереднім суїцидальним спробам. Її рекомендується використовувати спільно з першою частиною шкали суїцидальних намірів, розробленої П. Беком та ін.

Іншою шкалою для вимірювання суїцидального ризику є контрольний перелік параметрів, розроблений У. М. Паттерсоном та ін.; назва її в перекладі звучить як «сумні люди» (англ. – SAD PERSONS – за першими літерами визначених параметрів).

Б. Любан-Плоцца наводить опитувальник для визначення ризику суїциду, що складається з 16 позицій. Ризик тим вищий, чим більше відповідей «так» на запитання 1-11 і «ні» на запитання 12-16.

Шкала суїцидального ризику Лос-Анджелеського суїцидологічного центру включає діагностику симптомів, рівня стресу, суїцидальну поведінку в минулому і поточні плани, комунікативні можливості й реакції значущих інших.

У рамках радянської суїцидологічної школи також розроблялися відповідні методики, зокрема оригінальна карта ризику суїцидальності Н. Конончук, що включає дані анамнезу, оцінку актуальної конфліктної ситуації та характеристику особистості.

Н. Є. Лушев (1986) розробив шкалу суїцидального ризику хворих на алкоголізм. Ступінь ризику оцінюється алгебраїчною сумою балів, що відповідають виявленим діагностичним ознаками. Низьким вважається ризик, який оцінюється до 400 балів, середнім – від 400 до 800, і високим – від 800 до 1 200. Високий суїцидальний ризик слугує показанням до госпіталізації.

Опитувальник суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої призначено для експрес-діагностики суїцидального ризику в учнів 8-11 класів, виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів для попередження серйозних спроб самогубства. Підраховується сума позитивних відповідей окремо по кожному з дев'яти факторів (демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, антисуїцидальний фактор). Відповідь «так» – 1 бал.

Отриманий бал зрівнюється у значеннях з урахуванням індексу: бал необхідно помножити на значення індексу.

За співвідношенням отриманих значень визначається індивідуальний стиль суїцидальної динаміки.

В. Г. Ромек і співавтори [116] пропонують систему оцінок індикаторів суїцидального ризику, яку в цілому можна визначати як шкалу з дев'ятьма субшкалами, підсумком якої є оцінка чотирьох рівнів суїцидального ризику від невисокого ступеня до дуже високого.

Шкала суїцидального мислення

Шкалу суїцидального мислення розроблено А. Беком для вимірювання ступеня вираженості суїцидальних думок. Шкала складається з 19 пунктів, кожен з яких можна оцінити від 0 до 2 балів; отже, загальна сума балів складає від 0 до 38. Більша кількість балів означає вищий ступінь вираженості суїцидальних думок.

Шкала суїцидальної інтенції

Шкалу суїцидальної інтенції також розроблено А. Беком, і вона являє собою варіант шкали суїцидального мислення і дозволяє в балах оцінити ступінь суїцидальної інтенції, тобто вираженість, напруженість і в певному сенсі істинність суїцидальних тенденцій в осіб, які вчинили суїцидальну спробу. Чим вищим є загальний бал суїцидальної інтенції за умови сумачії по всіх 15 пунктах, що враховуються в тесті, тим більшою є достовірна реальність намірів людини покінчити життя самогубством.

Модифікований і, на наш погляд, вдалий варіант цієї шкали представлено Д. Вассерман як сегмент клінічного структурованого інтерв'ю в рамках дослідницького проекту «Генетичне дослідження суїциду і суїцидальних спроб». Він складається з 12 позицій, призначений для ретроспективної оцінки суїцидальної інтенції в осіб, які вчинили суїцидальну спробу, зазвичай у близькому пресуїциді. Кожен пункт оцінюється балами від 1 до 3. Кожною позицією можна оперувати як окремою діагностичною одиницею, простежуючи зв'язки з іншими діагностичними параметрами або індикаторами.

Нами розроблено опитувальник із 12 пунктів, призначений для дослідження існування суїцидальних думок і намірів у клієнта в анамнезі, ступеня їх інтенсивності, можливого способу реалізації та наявності протективних факторів.

Шкали оцінки станів

У суїцидологічній практиці оцінка психологічних станів клієнта (пацієнта) має першорядне діагностичне та прогностичне значення. Основні феномени, які тут підпадають під пильну увагу, – це, передусім, депресія, а також стан безнадійності, тривожності, самотності.

Одна з найбільш поширених методик вимірювання депресії – *опитувальник депресивності А. Бека (шкала депресії Бека, Beck Depression*

Inventory, BDI), що показав свою діагностичну значущість [127, с. 182]. Опитувальник призначено для оцінки наявності депресивних симптомів у досліджуваних на поточний період (зазвичай, поточні два тижні). Він заснований на клінічних спостереженнях та описах симптомів, які часто трапляються в депресивних пацієнтів. Систематизація цих спостережень дозволила виділити 21 твердження, кожне з яких являє собою окремий тип психопатологічної симптоматики і включає такі пункти: 1) сум; 2) песимізм, 3) відчуття невдачливості; 4) незадоволеність собою; 5) почуття провини; 6) відчуття покарання; 7) самозаперечення; 8) самозвинувачення; 9) наявність суїцидальних думок; 10) плаксивість; 11) дратівливість; 12) почуття соціальної відчуженості; 13) нерішучість; 14) дисморфофобія; 15) труднощі в роботі; 16) безсоння; 17) стомлюваність; 18) втрата апетиту; 19) втрата ваги; 20) заклопотаність станом здоров'я; 21) втрата сексуального потягу.

Виділені шкали дають можливість виявити ступінь вираженості депресивної симптоматики, тому що кожна з них являє собою групу питань, що складається з чотирьох тверджень, відповідно оцінюваних в балах від 0 до 3. Максимально можлива сума – 63 бали. На сьогодні BDI широко застосовується в клініко-психологічних дослідженнях для оцінки інтенсивності депресії. Коли сумарний бал за шкалою менше 9, це розглядається як відсутність депресивних симптомів; сума балів від 10 до 18 характеризується як «помірно виражена депресія», від 19 до 29 балів – «критичний рівень» і від 36 до 63 балів – «явно виражена депресивна симптоматика». Дослідження діагностичних можливостей BDI дозволило надалі виділити дві субшкали: когнітивно-афективну (C-A) – перші 13 пунктів, і соматизації – останні 8 пунктів (SP) для оцінки соматичних проявів депресії.

Шкала Зунга (Занга) (методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (Занга), шкала зниженого настрою – субдепресії (ШЗНС).

Тест адаптовано у відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева – Т. І. Балашової. Заснований на опитувальнику В. Зунга (The Zung self-rating depression scale). Шкалу В. Зунга для самооцінки депресії було опубліковано в 1965 р. у Великобританії. Вона розроблена на основі діагностичних критеріїв депресії і результатів опитування пацієнтів із цим розладом. Оцінка тяжкості депресії за нею проводиться на основі самооцінки пацієнта.

Опитувальник розроблено для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії (або, іншими словами, вимір ступеня вираженості зниженого настрою – субдепресії), для скринінг-

діагностики під час масових досліджень і з метою попередньої, долікарської діагностики.

Зовнішня валідність шкали підтверджена клінічними даними і результатами факторного аналізу.

Установлено порівняльну валідність з іншими шкалами: шкалою Гамільтона, Бека і ММРІ.

Чутливість шкали підтверджена порівнянням результатів тестування пацієнтів із депресивним і недепресивним станом до і після терапії, а також груп пацієнтів, що розрізняються за статтю, віком, расовою приналежністю, рівнем освіти, соціальним та матеріальним становищем.

Під час аналізу результатів оцінка проводиться за сімома факторами, що містять групи симптомів, які відображають почуття душевної спустошеності, розлад настрою, загальні соматичні та специфічні соматичні симптоми, симптоми психомоторних порушень, суїцидальні думки і дратівливість/нерішучість. Шкала В. Зунга використовується для клінічної діагностики депресії, а також у проведенні клінічних випробувань антидепресивних засобів.

Повне тестування з обробкою займає 20-30 хв. Випробуваний зазначає відповіді на бланку.

Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS) – клінічний посібник, розроблений у 1960 р. М. Гамільтоном (Великобританія) для кількісної оцінки стану пацієнтів із депресивними розладами до, під час і після лікування (спостереження клінічної динаміки). Крім широкого використання в клінічній практиці, ця шкала також використовується в клінічних випробуваннях, у яких вона є стандартом для визначення ефективності медикаментозних засобів у лікуванні депресивних розладів. Заповнюється клініцистами, що мають досвід в оцінці психічного здоров'я, під час проведення клінічного інтерв'ю (складає приблизно 20-25 хв.). Пункти шкали повинні відображати стан пацієнта протягом останніх декількох днів або попереднього тижня. За допомогою повторного і послідовного використання шкали клініцист може документувати результати проведеного лікування (медикаментозного або психотерапевтичного). Сумарний бал визначається за першими 17 пунктами (дев'ять з яких оцінюються за балами від 0 до 4, а вісім – від 0 до 2). Чотири останні пункти шкали Гамільтона (від 18 до 21-го) використовуються для оцінки додаткових симптомів депресії і визначення підтипів депресивного розладу. Бали за даними чотирьох пунктів не використовуються під час визначення ступеня вираженості депресії, ці бали не враховуються під час підрахунку сумарного балу шкали Гамільтона, який визначає тяжкість депресивного розладу.

Сумарний бал перших 17 пунктів:

- 0-7 – норма;
- 8-13 – легкий депресивний розлад;
- 14-18 – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості;
- 19-22 – депресивний розлад важкого ступеня;
- понад 23 – депресивний розлад вкрай важкого ступеня тяжкості.

Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії (MADRS)

Шкалу Монтгомері – Асберга (С. А. Монтгомері, М. Асберг, 1979) розроблено для швидкої й точної оцінки тяжкості депресії та її динаміки в процесі терапії. Ця шкала, поряд зі шкалою Гамільтона, належить до стандартизованих об'єктивних клінічних інструментів, широко вживаних у сучасній психіатрії.

MADRS еквівалентна HDRS, оскільки враховує основні симптоми депресії (за винятком рухового гальмування). При цьому шкала містить менше пунктів, ніж HDRS. Вважається, що MADRS дозволяє більш точно оцінити динаміку стану.

Рекомендації щодо застосування ті самі, що й для шкали Гамільтона. Оцінка повинна бути заснована на клінічному інтерв'ю від найменш прямих до уточнювальних питань про стан і ступінь його тяжкості.

Дослідник повинен вирішити, чи відповідає тяжкість симптому основним балам – 0, 2, 4, 6, або проміжним – 1, 3, 5. Якщо не вдається отримати точні відповіді від самого пацієнта, рекомендуємо скористатися іншими джерелами інформації (медична документація, відомості зі слів родичів та ін.).

Для оцінки стану в динаміці проводиться повторне тестування через фіксовані проміжки часу.

Свої позначки дослідник проставляє в графі, поміченій фоном.

Під час інтерпретації даних бали розраховуються так: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 6 відповідно до наростання тяжкості симптому. Максимальний сумарний бал становить 60. Сума балів відповідає (Г. Д. Гвелфі, 1993):

- 0-15 балів – відсутність депресивного епізоду;
- 16-25 балів – малий депресивний епізод;
- 26-30 балів – помірний депресивний епізод;
- понад 30 балів – великий депресивний епізод.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Шкала, розроблена А. С. Згідмондом і Р. П. Снейтом у 1983 р., належить до суб'єктивних і призначена для скринінгового виявлення тривоги та депресії в пацієнтів соматичного стаціонару. Відрізняється простотою застосування й обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта), що дозволяє

рекомендувати її до використання в загальномедичній практиці для первинного виявлення тривоги та депресії в пацієнтів (скринінгу).

Рекомендації щодо застосування шкали

Шкала складена з 14 тверджень, що обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (від англ. «тривога»): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D «депресія» (від англ. «депресія»): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Видача пацієнту шкали супроводжується інструкцією такого змісту:

«Учені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо Ваш лікар більше дізнається про Ваші переживання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблено для того, щоб допомогти Вашому лікареві зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі ліворуч відзначте хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почувалися минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде більш правильною».

Під час інтерпретації даних враховується сумарний показник за кожною підшкалою (А і D), при цьому виділяються три сфери значень:

- 0-7 балів – норма;
- 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;
- 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Шкала депресії ДЕПС (шкала депресії – DEPS)

Дж. Баррет зі співавторами створив опитувальник, який було апробовано в загальній медичній практиці і який за результатами дослідження статистично достовірно розрізняв клінічні депресії. П. Салокангас зі співавторами модифікував цей інструмент, виключивши зі шкали питання з найменшою діагностичною важливістю. У результаті було сконструйовано шкалу депресії ДЕПС (шкала депресії – DEPS), що містить десять питань. ДЕПС було використано для експрес-діагностики депресій у загальній медичній практиці. Результати показали високу чутливість опитувальника (відсоткове співвідношення правильно діагностованих депресій) – 74 % і специфічність (відсоткове співвідношення коректно певних випадків без депресії) – 85 %. На кафедрі психіатрії Тартуського університету шкалу ДЕПС було перекладено

російською мовою і використано як інструмент для скринінгу депресій у популяції сільських жителів Удмуртії в 1995 р. Кожен пункт ДЕПС оцінюється від 0 до 3 балів, сумарна оцінка шкали може варіювати від 0 до 30 балів. Сумарна оцінка шкали від 9 балів і вище з великою ймовірністю вказує на наявність депресії.

Шкала безнадійності Бека (BHS)

А. Бек вважав безнадійність навіть більш чутливим показником у прогнозі суїциду, ніж депресію. Розроблена ним шкала безнадійності (BHS) є одним із найчастіше використовуваних опитувальників для прогнозування суїциду, який заповнюється самостійно. Вона складається з 20 пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою «правильно» чи «неправильно». Отже, теоретично сума балів коливається в діапазоні від 0 до 20, випробовувані зі сумою 10 балів і вище схильні до високого ризику суїциду.

Зовнішня валідність шкали показує високу кореляцію з BDI. Водночас внутрішня валідність шкали є дуже високою, що свідчить про надмірність низки пунктів. Нами використано шкалу Бека в модифікованому варіанті Д. Вассерман та А.-М. Айги. Використовуючи факторний аналіз, вони [150] довели, що ключовим пунктом шкали є теза: «Моє майбутнє уявляється мені похмурим». Враховуючи особливості клінічної практики, дослідники відзначали, що заповнення опитувальника не повинно бути занадто нав'язливим і неприємним для людини, схильної до ризику суїциду. У цьому сенсі варіант, що складається з чотирьох або п'яти позицій, може бути найбільш прийнятним (за прикладом WHO).

Результати нашого дослідження парасуїцидального типу поведінки впродовж 2002-2008 рр. показали, що модифікований варіант Д. Вассерман корелює із показниками депресії BDI і субшкалами депресії особистісного опитувальника NEO, із показниками шкали намірів до суїциду, з індексом психологічного благополуччя ВОЗ.

Шкала самотності (методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона)

Опитувальник запропоновано трьома авторами: Д. Расселом, Л. Пепло, М. Фергюсоном.

Дослідження рівня суб'єктивного відчуття людиною своєї самотності. Виявляється, стан самотності може бути пов'язаний із тривожністю, соціальною ізоляцією, депресією, нудьгою. Необхідно розрізняти самотність як стан вимушеної ізоляції і як прагнення до самотності, потребу в ньому.

Інструкція

Вам пропонується ряд тверджень.

Розгляньте послідовно кожне й оцініть із погляду частоти їх прояву стосовно вашого життя за допомогою чотирьох варіантів відповідей: «часто», «іноді», «зрідка», «ніколи». Обраний варіант відзначте знаком «+».

Підраховується кількість кожного з варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» помножується на три, «іноді» – на два, «зрідка» – на один і «ніколи» – на 0. Отримані результати складаються.

Максимально можливий показник самотності – 60 балів.

Високий ступінь самотності показують від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів – середній рівень самотності, від 0 до 20 балів – низький рівень самотності.

Вимірювання тривожності

Тривожність часто супроводжує депресію, суїцидальні переживання, тому оцінка стану суб'єкта дає важливий діагностичний результат, хоча не можна сказати, що ця тема суїцидологічних досліджень досить розроблена. Можна вказати на роботи О. Ю. Степанченко, що досліджувала ригідність і тривожність як індивідуальні фактори суїцидального ризику, В. В. Краснової і А. Б. Холмогорової, які вивчали зв'язок соціальної тривожності та емоційної дезадаптації.

Є достатньо методик, які досліджують аспекти тривожності (шкала Дж. Тейлор, шкала Спілберґера – Ханіна, субфактор тривожності опитувальника NEO, шкала страху негативної оцінки (страх негативної оцінки), ФНЕ)

Ми пропонуємо користуватися поширеною Шкалою Спілберґера – Ханіна.

Шкала Спілберґера – Ханіна (шкала самооцінки рівня тривожності)

Пропонований тест є надійним й інформативним способом самооцінки рівня тривожності на даний момент (реактивної тривожності як стану) й особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини).

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагуючи станом тривоги. Реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, нервовістю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, іноді – тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоційними, невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями.

Однак тривожність не є спочатку негативним феноменом. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень «корисної тривоги».

Шкала самооцінки Ч. Д. Спілберґера та Ю. Л. Ханіна складається з двох частин, що оцінюють реактивну (РТ, вислови № 1-20) й особистісну (ЛТ, вислови № 21-40) тривожність.

Особистісна тривожність відносно стабільна і не пов'язана із ситуацією, оскільки є властивістю особистості. Реактивна тривожність, навпаки, буває викликана конкретною ситуацією.

Показники РТ і ЛТ підраховуються за формулами:

$$РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 19, 20);

$$ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку по пунктах 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Під час інтерпретації результат можна оцінювати так: до 30 – низька тривожність; 31-45 – помірна тривожність, 46 і більше – висока тривожність.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги в людини в ситуаціях оцінки її компетентності. У цьому випадку слід знизити суб'єктивну значущість ситуації і завдань і перенести акцент на осмислення діяльності та формування почуття впевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності та почуття відповідальності. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги, щоб показати себе в «кращому світлі».

Шкалу самооцінки Ч. Д. Спілберга та Ю. Л. Ханіна можна успішно використовувати для саморегуляції, керівництва та психокорекційної роботи.

Шкала благополуччя ВООЗ (WHO Well-Being Index – WHO)

Вимірювання психологічного благополуччя є найважливішим чинником в інтегральному понятті якості життя в концепції ВООЗ [152]. Психологічне благополуччя є протилежним полюсом депресії, почуття безнадійності або суїцидальних думок. Індекс оцінює самопочуття суб'єкта на поточний період за п'ятьма шкалами, що включає стан бадьорості, спокою, активності, стомлюваності, ступінь інтересу до життя. Твердження оцінюються в балах від 0 до 5. Максимальна сума – 25 балів. 0 являє собою найгіршу можливу, а 25 – найкращу можливу якість життя (якщо розглядати вираз шкали у відсотковому відношенні, то цей результат множать на 4; отже, 0 являє собою найгіршу можливу, а 100 – найкращу можливу якість життя). Психометричні можливості ВООЗ відповідають вимогам внутрішньої та зовнішньої валідності. Стандартні значення шкали, що свідчать про низький рівень благополуччя, становлять суму, що дорівнює 50 % або менше, або нижче 13 балів у натуральному виразі.

Особистісні опитувальники

1. Дослідження особливостей особистості методикою NEO PI-R

Особистісний опитувальник NEO PI-R (NEO Personality Inventory, далі – NEO) розроблено американськими психологами Р. Т. Коста і Р. Р. МакКре [184], у російськомовній версії адаптовано колективом психологів Ярославського державного університету В. Орлом, А. Рукавишниковою, І. Сеніним [103]. Опитувальник складається з 240 тверджень, згоду або незгоду з якими випробуваному пропонується оцінити за п'ятичленною шкалою Лайкерта. Теоретичною базою для створення NEO послужила п'ятифакторна модель особистості, відома також як «концепція великої п'ятірки» (Five Factors Model, FFM) [99; 159; 182]. Методика, на думку авторів, досить повно охоплює психологічну структуру особистості, її емоційну, комунікативну, діяльну і мотиваційну складові. Вона вимірює п'ять сфер або областей (domains) особистості, а саме: нейротизм (Neuroticism), екстраверсія (Extraversion), відкритість досвіду (Openness to Experience), співпраця, згода (Agreeableness), сумлінність (Conscientiousness). Кожна з цих п'яти шкал складається з шести субшкал або аспектів (facets) [81; 84].

Нейротизм (Neuroticism, N) – шкала вимірює невміння пристосовуватися до життя й емоційну нестабільність, дезадаптацію в загальному розумінні. Сутність шкали – загальна тенденція відчувати негативні афективні стани: страх, роздратування, тугу, почуття провини, гнів. Люди з високим балом за цією шкалою мають схильність до ірраціональних ідей, імпульсивні. Індивіди з низькими показниками за шкалою нейротизму емоційно стабільні та стресостійкі. Вони спокійні й урівноважені.

Підшкали нейротизму:

Тривожність (Anxiety, N1). Люди з високими показниками за цією субшкалою схильні до занепокоєння, напружені, полохливі, знервовані, повні побоювань. Низькі бали означають спокій і розслабленість.

Ворожість (Angry Hostility, N2). Це тенденція відчувати гнів, фрустрацію, озлобленість. Низькі бали означають добродушність, безтурботність, веселу вдачу.

Депресія (Depression, N3). Високі бали за цією субшкалою позначають схильність відчувати почуття провини, туги, безнадії, самотності. Для суб'єктів із високим показником депресії характерний пригнічений стан, їх легко збентежити. Люди з низькими показниками рідко відчувають подібні емоції, хоча вони й необов'язково веселі та безтурботні.

Рефлексія (Self-Consciousness, N4). Високі показники властиві занадто рефлексивним людям, сором'язливим, чутливим до насмішок, вони переживають емоції сорому, незручності.

Імпульсивність (Impulsiveness, N5). Сюди належить нездатність контролювати бажання та спонукання. У свою чергу, люди з низькими показниками за цією субшкалою мають більш високу толерантність до фрустрації.

Вразливість (Vulnerability, N6). Вимірює чутливість до стресу і схильність до нього. Люди, що отримали високий бал, більш стресовразливі, вони більш безпорадні і піддаються паніці в зіткненні з ситуаціями, що загрожують небезпекою. Низький бал означає, що люди здатні тримати себе в руках у важких ситуаціях.

Екстраверсія (Extroversion, E). Екстраверти товариські – це головна їхня риса. Але цим фактор не обмежується. Екстраверти люблять людей, воліють бути на людях, вони напористі, активні, оптимістичні й життєрадісні. Вони люблять ризик і шукають гострих відчуттів. Інтроверсію в концепції цього підходу можна визначити як відсутність екстраверсії. Інтроверти стримані, бажують самотності, незалежності.

Підшкали екстраверсії:

Сердечність (Warmth, E1). Відбиває міжособистісні стосунки. Сердечні люди – ніжні та дружні. Вони щиро люблять людей і встановлюють близькі контакти з іншими. Низькі оцінки властиві людям стриманим, замкненим.

Товариськість (Gregariousness, E2). Виявляється в бажанні бути серед людей, а не на самоті. Ці люди люблять веселі компанії і відчують задоволення від цього. Люди з низькими балами прагнуть до самотності, причому намагаються обмежувати свої контакти з іншими.

Наполегливість (Assertiveness, E3). Люди з високими балами за цією підшкалою домінують, сповнені рішучості і прагнуть до встановлення впливу над іншими. Судження їхні, як правило, безапеляційні, і вони мало рефлексують із приводу своїх рішень чи дій. У них явно простежується тенденція до лідерства. Люди з низькими балами безініціативні і воліють триматися в тіні.

Активність (Activity, E4). Люди з високими показниками живуть у швидкому темпі, вони енергійні, відчують постійну потребу в діяльності. Люди з низькими балами більш повільні та розслаблені.

Пошук збудливого (Excitement-Seeking, E5). Люди з високими балами за цією субшкалою жадають хвилювання і вражень. Вони відчують потребу в яскравих враженнях і хвилюючих переживаннях. Люди з низькими балами відчують невелику потребу в гострих відчуттях, воліючи вести такий спосіб життя, який би їхньому протагоністу здався нудним.

Позитивні емоції (Positive Emotions, E6). Субшкала оцінює тенденцію відчувати такі емоції, як щастя, любов і хвилювання. Люди

з високими балами бадьорі й оптимістичні. Низькі значення цієї субшкали властиві людям із більш песимістичною установкою.

Відкритість досвіду (Openess to Experience, O). Елементи відкритості досвіду – активна уява, естетична чутливість, увага до почуттів інших, гнучкість розуму, незалежність у судженнях та оцінках. Ці риси часто зустрічаються в теоретичних концепціях особистості і в практиці психодіагностики, але об'єднання їх в єдиний фактор – нововведення авторів опитувальника. Відкриті індивіди спрямовані до нових ідей і цінностей. Вони скоріше новатори, ніж консерватори. Ці люди переживають емоції, як негативні, так і позитивні, інтенсивніше, ніж «закриті» індивіди. «Закриті», у свою чергу, більш консервативні в поглядах і емоційно не такі багаті.

Підшкали відкритості:

Фантазія (Fantasy, O1). Індивіди з високими показниками за субтестом мають яскраву уяву й активне життя фантазій. Це спосіб конструювання цікавого внутрішнього світу для себе, а не механізм втечі від реальності. Вони так творчо перетворюють і збагачують життя. Люди з низькими показниками більш прозаїчні, менш гнучкі в поглядах на вирішення проблем і більш наполегливі у своїх думках.

Естетика (Aesthetics, O2). Люди з високими балами за субшкалою цікавляться мистецтвом, що, у свою чергу, стимулює їх до розширення світогляду і пізнавального інтересу. Люди з низькими балами не цікавляться мистецтвом і світом прекрасного.

Почуття (Feelings, O3). Відкритість до почуттів розуміється як сприйнятливність до своїх власних почуттів та емоцій, важливість емоційної складової життя. Людина переживає емоційні стани більш інтенсивно, причому диференційовані емоції, а не тільки певного регістру. Закритість передбачає притупленість почуттів і відсутність до них інтересу.

Дії (Actions, O4). Відкритість на поведінковому рівні виявляється в готовності до різноманітних видів активності. Люди з високими балами віддають перевагу новизні та різноманітності. Низькі бали властиві індивідам, які дотримуються перевіреного й випробуваного.

Ідеї (Ideas, O5). Субшкала оцінює ступінь інтелектуальної допитливості, відкритості свідомості, прагнення до розгляду нових ідей. Високі бали означають любов як до філософських розмов і дискусій, так і до вирішення важких завдань. Низькі бали властиві людям з обмеженою допитливістю.

Цінності (Values, O6). Відкритість до цінностей означає готовність до переосмислення соціальних, політичних і релігійних цінностей. Закриті в цьому відношенні індивіди прагнуть визнавати авторитети і більш консервативні.

Поступливість (Agreeableness, A). Відображає особливості міжособистісної взаємодії. Людина з підйомом за шкалою висловлює готовність допомоги іншим і віру в те, що інші їй відповідатимуть тим же. Людина, що виражає доброзичливість і прагнення до співпраці, більш популярна в суспільстві, ніж її антипод. Індивід із протилежними рисами більш егоцентричний і конкурентний. Тим часом особливість шкали в тому, що риси проявляються динамічно, оскільки надмірне прагнення до співпраці веде до залежності суб'єкта від інших або від групи, тоді як надмірне прагнення до автономії пов'язується із нарцисизмом, параноєю, можливо, соціопатією.

Підшкали поступливості:

Довіра (Trust, A1). Високі бали за цією субшкалою означають схильність вірити, що всі люди чесні і діють із кращих спонукань. Низькі бали говорять про те, що індивід має тенденцію бути цинічним і скептичним, припускає, що інші можуть обманувати його і становити небезпеку.

Чесність (Straightforwardness, A2). Високі показники притаманні людям щирим, відвертим, оригінальним. Низькі бали за цією субшкалою характеризують прагнення маніпулювати іншими.

Альтруїзм (Altruism, A3). Високі бали відрізняють людей, які активно цікавляться добробутом інших, турботою про інших і прагнуть надавати допомогу. Низькі бали мають ті люди, які неохоче втручаються в проблеми інших.

Поступливість (Compliance, A4). Субшкала відображає особливості реагування в міжособистісних конфліктах. Високі бали за субшкалою властиві людям, які мають схильність захищатися від інших, придушують свою агресію, а також прагнуть забувати і прощати. Низькі бали – це агресивні люди, що віддають перевагу швидше змаганням, ніж співпраці. Такі люди схильні до спалахів гніву.

Скромність (Modesty, A5). Високі бали за цією субшкалою притаманні боязким і сором'язливим людям, які віддають перевагу тому, щоб «триматися в тіні». Низькі бали характерні для людей, які вважають себе вищими від інших.

Чуйність (Tender-Mindedness, A6). Субшкала вимірює симпатію індивіда до людей і турботу про них. Високі бали притаманні особам, які переймаються потребами інших і роблять акцент на людському аспекті соціальної політики. Низькі бали мають практичні люди, більш розважливі, «товстошкірі».

Добросовісність (Conscientiousness, C). Добросовісність є аспектом особистості, який часто визначається як характер. Високі бали за шкалою відображають прояви скрупульозності, пунктуальності та надійності. В основі лежить уміння контролювати імпульси, приборкувати бажання і не

піддаватися спокусам, тобто планувати поведінку. Це передбачає володіння вміннями планувати й організовувати діяльність. Низькі бали за шкалою говорять про меншу вимогливість, організованість, інертність у досягненні цілей.

Підшкали добросовісності:

Компетентність (Competence, C1). Високі бали за субшкалою означають, що людина відчуває себе підготовленою до того, щоб вирішувати різні життєві ситуації. Низькі бали свідчать про те, що особистість має більш низьку оцінку своїх здібностей і погоджується, що вона часто не підготовлена, відчуває себе невпевненою та нездатною вирішувати життєві проблеми.

Організованість (Order, C2). Високі показники організованості – це акуратність, точність, зібраність. Низькі показники говорять про протилежні риси.

Виконання обов'язків (Dutifulness, C3). Ця субшкала, на думку авторів, найбільшою мірою відображає сутність шкали С. Високі бали за нею означають, що люди суворо дотримуються своїх етичних принципів і скрупульозно виконують свої моральні обов'язки перед іншими і суспільством. Низькі бали означають, що індивід більш недбайлий у цих питаннях і ненадійний.

Прагнення до досягнення (Achievement Striving, C4). Особи, які мають високі бали за цією шкалою, характеризуються високим ступенем прагнення досягти чого-небудь, ретельністю в досягненні своїх цілей. Вони посидючі, старанні і мають почуття «стрижня» в житті. Низькі бали властиві людям апатичним і безініціативним. У них немає прагнення до досягнення успіху.

Самодисципліна (Self-Discipline, C5). Високі бали за субшкалою говорять про те, що люди здатні мотивувати себе на виконання роботи. Низькі бали говорять про те, що люди постійно відкладають справи з дня на день, затягують виконання завдання.

Обдумування вчинків (Deliberation, C6). Субшкала говорить про можливість ретельно продумувати свої дії перед їх виконанням. Високі бали за субшкалою мають люди передбачливі, обережні, обачні. Низькі – люди необачні, поспішні, ті, що спочатку діють, потім думають. Вони спонтанні і здатні приймати миттєві рішення за необхідності.

Результати нашого дослідження парасуїцидального типу поведінки показують, що, порівняно з контрольною групою, у парасуїцидентів переважають показники нейротизму і знижені показники сумлінності на достовірному статистичному рівні, іншими словами, емоційний стан парасуїцидентів веде до порушення когнітивної діяльності.

Психопатологічний профіль суїцидальної особистості

У процесі діагностичної роботи з суїцидентами нами проводилося дослідження пацієнтів для визначення меж норми та патології за допомогою модифікації класичного тесту ММРІ – опитувальника СМІЛ, розробленого колективом психологів під керівництвом Л. М. Собчик, що й володіє значними діагностичними можливостями [120].

Межі нормального розподілу за базовим шкалами СМІЛ становлять 30-70 стандартних значень Т. Стандартні Т-оцінки виводяться на основі сирих показників, які отримані в результаті простого підрахунку відповідей опитаного за тією чи іншою шкалою. Оскільки математично «вага» кожного твердження в різних шкалах нерівнозначна, виникла необхідність зробити їх зручними для порівняння, для чого й було виділено стандартні значення «Т» із середнім значенням 50 і стандартним відхиленням 10.

Відлік розподілу особистісних профілів СМІЛ іде від «ідеально-нормативного» середнього профілю, який відповідає теоретичній нормі. Коливання в межах 46-55 Т викликають труднощі в інтерпретації, оскільки не виявляють достатньо виражених індивідуально-особистісних властивостей і характерні для добре збалансованої особистості (якщо тільки шкали достовірності не вказують на виражену установку на брехню або нещирість).

Кількісні критерії, що мають важливе значення для інтерпретаційного підходу, такі: відхилення профілю від середньої лінії 50 Т значно частіше виявляються в бік підвищення, а не зниження. Показники, що коливаються в межах 56-66 Т, виявляють ті провідні тенденції, які визначають характерологічні особливості індивіда. Більш високі показники різних базових шкал (67-74) виявляють ті акцентуовані риси, які часом можуть ускладнити соціально-психологічну адаптацію людини. Показники, що перевищують 75 Т, свідчать про порушення адаптації та про відхилення стану індивіда від нормального. Це можуть бути психопатичні риси характеру, стану стресу, викликаного екстремальною ситуацією, невротичні розлади, нарешті психопатологія.

Коротко викладемо опис значень шкал достовірності та базових шкал у рамках їхньої психологічної та клінічної значущості:

Шкала «L» – шкала «брехні» – показує, наскільки щирим був обстежуваний у процесі тестування. Шкала «F» – шкала «достовірності» – показує рівень надійності отриманих даних залежно від його відвертості і готовності до співпраці. Шкала «K» – шкала «корекції» – виявляє ступінь спотворення профілю під впливом закритості випробуваного. Залежно від показників цих шкал профіль визнається як достовірний або недостовірний, а його особливості розглядаються крізь призму установок випробуваного по відношенню до процедури обстеження.

Шкала 1 – «іпохондрії» – у контексті ММРІ отримала назву шкали «невротичного надконтролю». За високих показників – понад 70 Т – ця шкала виявляє хворобливу зосередженість на своєму самопочутті, а за помірного підвищення – посилений самоконтроль у гіперсоціальної особистості, що відрізняється досить високою амбітністю, яка вступає в протиріччя з підвищеною потребою відповідати загальноприйнятним нормативам і стереотипу соціально прийнятних форм існування.

Шкала 2 – шкала «песимістичності» («депресії» за ММРІ). За високих показників вона відображає крайній ступінь песимізму – депресію, але за помірного підвищення швидше описує характерологічні особливості нормальної людини або акцентуваної особистості. Основна мотиваційна спрямованість особистості з провідним піком за другою шкалою – уникнення неспіху. Для осіб такого типу властиві високий рівень усвідомлення наявних проблем крізь призму незадоволеності й песимістичної оцінки своїх перспектив, схильність до роздумів, інертність у прийнятті рішень, виражена глибина переживань, аналітичний склад розуму, вербальний тип мислення, деяка невпевненість у собі.

Шкала 3 – шкала «емоційної лабільності», у старому варіанті – шкала «істерії». Помірні підвищення третьої шкали відображають мінливість настрою, гнучкість установок, легке вживання в різні соціальні ролі, демонстративність і схильність драматизувати ситуацію в особистості артистичного складу, що шукає визнання, яка обирає публічні види професійної зайнятості (артисти, адвокати, громадські діячі). Вегетоемоційна нестійкість і схильність до конверсійних розладів відображаються в профілі високими (70 Т і вище) балами третьої шкали.

Шкала 4 – шкала «імпульсивності» замість колишньої назви – шкала «психопатії». За нормативного розкладу (у межах 60-75 Т) вона виявляє активну життєву позицію, виражений опір середовищним впливам, високу пошукову активність. Для осіб із підвищеною в профілі четвертою шкалою характерні нетерплячість, схильність до ризику, нестійкий, завищений рівень домагань, виражена залежність поведінки від негайного спонукання та потреб.

Шкала 5 – шкала «мужності – жіночності» – по-різному інтерпретується залежно від статі випробуваного. Підвищені показники за п'ятою шкалою в будь-якому профілі означають відхилення від типової для цієї статі рольової поведінки й ускладнення сексуальної міжособистісної адаптації. В іншому інтерпретація носить полярний характер залежно від того, жіночий або чоловічий профіль підлягає розшифровці: для чоловіків підвищена п'ята шкала – ознака жіночності, для жінок – мужності.

Шкала 6 – шкала «ригідності» – у старому варіанті носила назву вельми категоричну й сувору: шкала «параної». Однак вона часто буває високою в акцентуованих за ригідним типом особистостей, у вибухових

психопатів, а також у невротиків із підвищеною уразливістю. Вороже налаштовані психопатичні особистості, патологічні ревнивці, істеричні особистості з афективною насиченістю переживань, сутяжні (паранояльні психопати) – усі вони характеризуються профілями СМІЛ із високою шостою шкалою. Маячні стани, як у рамках шизофренічних розладів, так і в разі органічного ураження головного мозку також відображаються в профілі високою шостою шкалою, але для всіх перерахованих груп загальною базовою рисою є ригідність установок.

Шкала 7 – шкала «тривожності» – в оригіналі називалася шкалою «психастенії», що значно обмежувало коло станів, що відбиваються профілем із підвищеною сьомою шкалою. За нормативного розкладу вона виявляє надмірну тривожність, недовірливість, переважання пасивно-страдницької позиції, невпевненість у собі, високу чутливість і підвладність середовищним впливам, виражену чутливість до небезпеки. Превалують мотивації уникнення неуспіху, сензитивність, установка на конгруентні відносини з оточуючими, залежність від думки більшості. Характерологічно люди такого типу відрізняються розвиненим почуттям відповідальності, совісністю, обов'язковістю, скромністю, підвищеною тривожністю щодо дрібних життєвих проблем, тривогою за долю близьких. Їм властиві почуття співчуття і співпереживання, виражена залежність від об'єкта прихильності і від будь-якої сильної особистості. У них помітна схильність до перевірки зробленого, недостатня чіткість стилю сприйняття коригується звичкою до повторних (уточнювальних) дій. Для них характерні надмірна самокритичність, занижена самооцінка, що контрастує із завищеним ідеальним «Я», знижений поріг стійкості до стресу.

За показників, вищих за 70 Т, виявляється вже не тривожність як риса характеру, а сама тривога, болісне й невизначене переживання – стан первинної, «вільно плаваючої» тривоги, яка під впливом захисних механізмів має трансформуватися і набути більш конкретного емоційного забарвлення. За стійких високих показників сьомої шкали тривожність буває, як правило, пов'язана з тривалою попередньою невротизацією.

Шкала 8 – шкала «індивідуалістичності». Стара назва – шкала «шизофренії». Підвищена в профілі з нормативними іншими показниками, восьма шкала виявляє відокремлено-споглядальну особистісну позицію, аналітичний склад мислення, схильність скоріше до роздумів, ніж до почуттів і дієвої активності. Переважає абстрактно-аналітичний стиль сприйняття, що виявляється в здатності відтворювати цілісний образ на підставі мінімальної інформації зі зверненням особливої уваги на суб'єктивно значущі аспекти, більше пов'язані зі світом власних фантазій, ніж із реальністю. За наявності хорошого інтелекту особистості цього типу відрізняються естетичною орієнтованістю, оригінальністю

висловлювань і суджень, творчими нахилами, своєрідністю інтересів і захоплень. Відзначаються певна вибірковість у контактах, відомий суб'єктивізм в оцінці людей і явищ життя, незалежність поглядів, схильність скоріше до узагальнень і до інформації, абстрактної, далекої від конкретики і повсякденності. Виявляється виражена потреба в актуалізації своєї індивідуалістичності. Особистостям цього типу важче адаптуватися до повсякденних форм життя, прозаїчних аспектів побуту. У них недостатньо сформована реалістична платформа, що базується на життєвому досвіді, превалює орієнтація на свій суб'єктивізм та інтуїцію. Те, що для більшості є критичною ситуацією, особами з високою восьмою шкалою, як правило, розцінюється інакше – у силу своєрідності ієрархії їхніх цінностей. Ситуація, суб'єктивно сприйнята ними як стрес, викликає стан розгубленості.

Провідний пік за шкалою 9 – шкалою «оптимістичності» – у профілі, де інші показники варіюють у межах коридору норми (від 45 до 55 Т), відображає активність позиції, високий рівень життєлюбства, упевненість обстежуваного в собі, позитивну самооцінку, схильність до жартів і витівок, високу мотивацію на досягнення, однак орієнтовану більшою мірою на моторну рухливість і мовну надактивність, ніж на вирішення конкретних завдань. Настрій піднесений, але у відповідь на протидію швидко спалахує і так само швидко згасає гнівлива реакція. Успіх викликає відому екзальтацію, емоцію гордості. Життєві труднощі сприймаються як легко переборні, в іншому випадку значущість недосяжного легко знецінюється. Відсутня схильність до серйозного заглиблення в складні проблеми, переважає безпечність, радісне сприйняття всього навколишнього світу і свого буття, райдужність надій, упевненість у майбутньому, переконаність у своїй щасливості.

Підвищена шкала 0 (шкала «інтроверсії») посилює гіпостенічні прояви і послаблює (робить менш явними, помітними) стеничні риси. У профілі норми вона виявляє пасивність особистісної позиції і зверненість інтересів у світ внутрішніх переживань як константну властивість особистості (інтровертність). Підвищення нульової шкали відображає зниження рівня включеності в соціальне середовище, виявляє відому замкнутість, сором'язливість. Нульова шкала реагує деяким (на 5-7 Т) підвищенням під час переживання людиною труднощів у налагодженні відносин у зв'язку з процесом вживання в нову мікрогрупу або у зв'язку зі серйозним міжособистісним конфліктом. За вираженої акцентуації за типом інтровертованої особистості висока (65-70 Т) нульова шкала відображає інертність у прийнятті рішень, таємничість, вибірковість у контактах, прагнення до уникнення конфліктів ціною значного звууження сфери міжособистісного спілкування.

Результати проведеного дослідження показали, що в парасуїцидентів, на відміну від контрольної групи, підвищені показники за факторами іпохондрії, депресії, істерії, психопатії, психастенії, шизофренії, соціальної інтроверсії на рівні достовірної значущості. Разом із тим слід звернути увагу на два фактори, які не тільки мають достовірні відмінності, але й за абсолютними показниками долають поріг норми (70 Т). Це шкали психопатії та шизофренії, що свідчить про дезадаптацію особистості парасуїцидентів.

Фактор психопатії впливає на дезадаптацію особистості через безнадійність, нейротизм, ворожість, депресію, неупливість, необдуманість учинків, відсутність свідомої концентрації на досягнення цілей, а також ігнорування цінностей. Фактор шизоїдності корелює, як і фактор психопатії, із депресією, неупливістю, ворожістю, нейротизмом, а самостійно проявляється зі схильністю до агресивних дій, гніву, у тому числі й конституціональною, а також із зануреністю у свої емоції та почуття.

Слід зазначити, що фактор манії, який розглядається як активізаційне начало особистості, супроводжуване позитивними емоціями, сприяє цілеспрямованій діяльності і пов'язаний із постановкою близьких і середніх цілей, а також з їх загальною кількістю. Цей результат кореляції свідчить про те, що в парасуїцидентів дезадаптація пов'язана з недостатньою активністю й астенією, тобто нервово-психічним перенапруженням. До цього доповнимо, що фактор соціальної інтроверсії негативно корелює із самореалізацією, тобто через малу екстраверсію, яка сприяє активності особистості.

Опитувальник Леонгарда – Шмішека (Schmieschek Fragebogen), призначений для діагностики акцентуїтованих типів особистості. Про роль акцентуації в генезі суїцидальної поведінки досить багато писали суїцидологи, і ми згадували про це вище, тому ця методика може бути корисна, у тому числі, і для соціального працівника.

В основі опитувальника лежить концепція «акцентуїтованих особистостей» К. Леонгарда. Відповідно до цієї концепції, риси особистості можуть бути розділені на дві групи: основну та додаткову. Основних рис значно менше, але вони є основою особистості, визначають її розвиток, адаптацію та психічне здоров'я. За значної вираженості основних рис вони накладають відбиток на особистість у цілому і за несприятливих соціальних умов можуть руйнувати її структуру.

Особистості, у яких основні риси мають високий ступінь вираженості, названі К. Леонгардом акцентуїтованими. Акцентуїтовані особистості не є «патологічними». За іншого тлумачення, – вважає К. Леонгард, – ми б змушені були дійти висновку, що нормальною слід

вважати тільки середню людину, а будь-яке відхилення від такої середини (середньої норми) має бути визнано патологією. Це змусило б нас вивести за межі норми тих особистостей, які своєю своєрідністю чітко виділяються на тлі середнього рівня. Однак при цьому до цієї рубрики потрапила б і та категорія людей, про яких кажуть «особистість» у позитивному сенсі, підкреслюючи, що «вони мають яскраво виражений оригінальний психічний склад» [87, с. 40].

На основі своєї концепції К. Леонгард виділив десять основних типів акцентуованих особистостей.

Демонстративний тип. Центральною особливістю демонстративної особистості є потреба в самовираженні, постійне прагнення справити враження, бути в центрі загальної уваги. Елементами поведінки особистості цього типу є самовихваляння, розповіді про себе або про події, в яких ця особистість займала центральне місце. Значна частка цих оповідань насправді є або фантазуванням, або істотно прикрашеним викладом подій.

Педантичний тип. Яскраво вираженими зовнішніми проявами людей цього типу особистості є підвищена акуратність, потяг до порядку, нерішучість і обережність. Перш ніж що-небудь зробити, ці люди довго і ретельно все обмірковують. Очевидно, за зовнішньою педантичністю стоїть небажання і нездатність до швидких змін, до взяття на себе відповідальності. Ці люди без потреби не змінюють місце роботи, а якщо це потрібно, то вони насилу йдуть на майбутні зміни. Вони люблять своє виробництво, звичну роботу. У побуті для них характерна сумлінність.

Застрагаючий тип. Цей тип особистості характеризується високою стійкістю афекту, тривалістю емоційних переживань. Образа особистих інтересів і гідності, як правило, довго не забувається і ніколи легко не прощається. У зв'язку з цим оточуючі часто характеризують людей цього типу як злопам'ятних і мстивих. До цього є підстави: переживання афекту часто поєднується в них із фантазуванням, виношуванням плану відповіді кривдникові, помсти йому.

Збудливий тип. Особливістю людей цього типу особистості є надзвичайно виражена імпульсивність поведінки. Манера їхнього спілкування та взаємодії з людьми значно залежить не від логіки й раціональної оцінки інших людей, своїх вчинків і дій, а зумовлена імпульсом, потягом, інстинктом або неконтрольованими спонуканнями. У сфері соціальної взаємодії для них характерна вкрай низька терпимість, що часто може характеризуватися як відсутність терпимості взагалі.

Гіпертимічний тип. Основною вираженою особливістю людей цього типу особистості є постійне перебування в піднесеному емоційному

настрої, навіть незважаючи на відсутність для цього будь-яких зовнішніх приводів. Піднесений настрій поєднується в них із високою активністю, жагою до діяльності. Для них характерні товариськість, підвищена балакучість. На життя такі люди дивляться завжди оптимістично, не втрачаючи оптимізму й у разі виникнення труднощів і життєвих перешкод. Труднощі люди такого типу часто долають без особливих зусиль, з органічно їм притаманною активністю та діяльністю спрямованістю.

Дистимічний тип. Дистимічна особистість є протилежністю гіпертимічної. Дистиміки зазвичай сконцентровані на похмурих, сумних сторонах життя і на негативних її результатах. Це проявляється в усьому: у поведінці, спілкуванні, особливостях сприйняття життя, окремих його подій та інших людей. Зазвичай ці люди за своєю натурою серйозні. Активність, а тим паче гіперактивність, їм абсолютно не властива.

Тривожний тип. Головною особливістю цього типу особистості є підвищена тривожність, занепокоєння з приводу можливих невдач, негативно виявляється переживання за власну долю і долю своїх близьких. При цьому об'єктивних приводів до такого неспокою може і не бути або вони незначні. Люди цього типу відрізняються боязкістю, іноді з проявом покірності обставинам. Постійна настороженість перед зовнішніми обставинами поєднується в них із невпевненістю в своїх силах.

Циклотимічний тип. Вираженою особливістю людей цього типу особистості є постійна зміна гіпертимічних і дистимічних станів. При цьому такі зміни є не тільки частими, але й не випадковими. У гіпертимічній фазі поведінка цих людей типова – радісні події викликають не тільки позитивні емоції, але також і жагу до діяльності, підвищену активність, балакучість. Сумні події викликають у цих людей не тільки засмучення, але й пригніченість. У цьому стані для них характерні сповільненість реакцій, переживань і мислення, уповільнення і зниження емоційної чуйливості, здатності до співпереживання та співчуття.

Екзальтований тип. Головною особливістю особистості цього типу є яскрава екзальтована реакція. Люди цього типу легко приходять у бурхливий захват від радісних подій і в глибокий відчай від подій сумних. Їх відрізняє крайня вразливість із приводу як позитивних, так і сумних подій і фактів. При цьому внутрішня вразливість і переживання поєднуються в людей цього типу з яскравим зовнішнім виразом.

Емотивний тип. Найважливішою особливістю емотивної особистості є висока чутливість і глибина переживань тонких емоцій, породжуваних у сфері духовного життя людини. Людям цього типу властиві сердечність, доброта, задушевність, емоційна чуйність, високо розвинена емпатія.

Усі ці особливості, як правило, постійно виявляються в зовнішніх реакціях і в різних ситуаціях. Характерною особливістю цього типу особистості є підвищена сльозливість («очі на мокрому місці»). Якщо екзальтований тип особистості характеризується як «бурхливий, поривчастий, збуджений», то емотивний тип – як «чутливий і вразливий».

Сам особистісний опитувальник Х. Шмішена включає перелік питань, звернених до різних установок і особливостей ставлення людини до світу, інших людей, до себе. За інструкцією випробовуваний повинен висловити свою думку з кожного питання відповідями «так» або «ні». Під час обробки результатів опитувальника відповіді випробовуваного відповідно до ключа розносяться по десяти типам особистості. Ці результати являють собою «сирі» бали. Для кожного з десяти типів особистості, крім цього, розроблено коефіцієнти. В остаточному вигляді «сирі» бали перетворюються на підсумкові показники за допомогою їх помноження на відповідні коефіцієнти. Критичне значення підсумкового показника, що дозволяє характеризувати випробовуваного як акцентуовану особистість певного типу, лежить у межах понад 14 балів (максимальне значення, що може бути отримане по кожному з типів особистості, дорівнює 24 балам).

За використання цього опитувальника слід враховувати, що він не має шкали брехні. Тому потрібні спеціальні додаткові дії діагноста для отримання достовірних результатів: прояв максимуму уваги на стадії інструктування для виявлення можливих негативних установок випробовуваного на обстеження, створення атмосфери доброзичливості та серйозного настрою на роботу.

Патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО)
А. С. Личка є ще однією методикою класу особистісних типологічних опитувальників. У цій методиці використано типологічний підхід до опису та діагностики особи здорової людини. ПДО призначений для діагностики типу психопатії та акцентуації характеру в підлітків у віці від 14 до 18 років. А. С. Личко [89], спираючись на свої дослідження, зробив висновок про те, що нестійкий тип у чистому вигляді або він же в поєднанні з гіпертимним, емоційно лабільним, шизоїдним, епілептоїдним та істероїдним може слугувати прямою вказівкою на високий ризик соціальної дезадаптації і, якщо конфлікт посилиться, на ризик розвитку деструктивної поведінки. В опитувальник включено фрази, розбиті на 25 тем. До них увійшли: оцінка власних вітальних функцій (самопочуття, настрої, сон, сексуальні проблеми і т. д.), ставлення до близьких і оточуючих (батьків, друзів, школи і т. п.) і до деяких абстрактних категорій (критики, повчань, правил, законів і т. п.). До наборів було також включено фрази, що відображають ставлення

різних характерологічних типів до ряду життєвих проблем, а також фрази індіферентні, що не мають діагностичного значення.

Гіпертимний тип. Він відповідає гіпертимічному типу в опитувальнику Х. Шмішека і гіпоманіакальному типу в ММРІ. Головною особливістю цього типу в підлітковому віці є постійно піднесений настрій, високий життєвий тонус, активність. Такі підлітки відмовляються підкорятися чужій волі, погано переносять дисциплінарні вимоги і суворо регламентований спосіб життя, до правил і законів ставляться легковажно, легко можуть переступити межу між дозволеним і забороненим.

Циклоїдний тип. Він відповідає циклотимічному типу особистості в опитувальнику Х. Шмішека. До пубертатного віку діти такого типу справляють враження гіпертиміків або нормотиміків. Однак із настанням пубертатного періоду виникає перша субдепресивна фаза. Надалі фази підйому та спаду настрою змінюють один одного протягом усього життя. Спочатку зміна фаз відбувається досить часто, але поступово тривалість періодів зростає. У гіпоманіакальній фазі кидаються в очі підвищена активність, жвавість, легковажність, тяга до насолод. У субдепресивній фазі фон настрою знижений, відзначаються млявість, занепад сил, підвищена дратівливість та інтровертованість.

Лабільний тип. Відмінною особливістю цього типу особистості в підлітковому віці є крайня мінливість настрою. Найбільш незначні події навколишнього життя чинять на підлітка істотний вплив. Найменша неприємність здатна занурити його в похмуре переживання, а приємні події або навіть тільки їхня перспектива здатні підняти настрій, повернути веселість і віру в життя. Від поточного стану залежить усе: настрій, самопочуття, працездатність, плани на майбутнє, ставлення до інших людей. У цьому сенсі лабільний тип близький до емотивного в типології акцентуацій К. Леонгарда.

Астеноневротичний тип. У цього типу рано виявляються різні ознаки невротатії: примхливість, хворобливість, страхи, заїкання і т. п. Головними рисами цього типу в підлітковому віці є астенія, підвищена стомлюваність, низька витривалість навантажень і напруги, фіксація на стані соматичного здоров'я. Змістовно астеноневротичний тип близький до іпохондричного типу в ММРІ.

Сензитивний тип. Основними рисами цього типу є підвищена вразливість і відчуття неповноцінності. У дитинстві це виражається в різноманітних страхах (темряви, тварин, самотності і т. д.), в уникненні компаній жвавих і активних дітей, боязкості, скутості, страху перед будь-якими видами перевірок та випробувань. Сензитивний тип у цій типології близький до тривожного типу в опитувальнику Х. Шмішека.

Психоастенічний тип. Цей тип особистості описується в рамках ММРІ. Основними особливостями психастенічного типу є підвищена тривожність, недовірливість, схильність до сумнівів. Психоастенік постійно в усьому сумнівається, для нього дуже важко прийняти будь-яке остаточне рішення, тому він ретельно обмірковує свою поведінку, зважає кожен крок, багаторазово перевіряє ще раз і переробляє вже закінчену роботу. Ці риси ріднять психоастеніка з педантичним типом акцентуації за К. Леонгардом.

Шизофренічний тип. Особливості шизофренічного типу викладено в опису відповідної шкали ММРІ. У підлітковому віці всі шизоїдні риси особистості загострюються. Особливо помітними стають замкнутість, закритість від впливу інших, духовна самотність, своєрідність і незвичайність у виборі занять і захоплень.

Епілептоїдний тип. Головною особливістю цього типу є схильність до виникнення періодів злобно-гужливого настрою. Із цим настроєм тісно пов'язані напруженість афекту, вибуховість і нестримна агресивність. Усі потяги в підлітковому віці у представників цього типу характеризуються надмірною інтенсивністю і силою, а їх задоволення протікає важко і супроводжується численними конфліктами.

Істероїдний тип. Вираженими особливостями є безмежний егоїзм і жага визнання. Підлітки цього типу особистості зазвичай дуже чутливі до реакцій інших людей, легко перебудовуються, легко вживаються в будь-яку роль, прагнуть будь-якою ціною домогтися уваги, захоплення, здивування, співчуття чи навіть ненависті, не витримують байдужості до своєї персони. Істероїдний тип особистості включено як у ММРІ, так і в опитувальник Х. Шмішека.

Нестійкий тип. Особи нестійкого типу слабковольові, схильні до навіювань, легко піддаються чужому впливу, особливо негативному. Вони не мають власних позитивних цілей і прагнень, а всі їхні вчинки визначаються випадковими зовнішніми обставинами. Залежні й безхарактерні, вони часто потрапляють в антисоціальні компанії, кидають навчання і роботу, зближуються з правопорушниками, впадають в алкоголізм, наркоманію і т. п. Але в умовах суворого і жорсткого режиму вони можуть набути позитивних трудових навичок і не відрізняються поведінкою від інших підлітків.

Конформний тип. Головна риса цього типу – постійна і стійка орієнтація на норми та цінності найближчого оточення. Особи конформного типу повністю підпорядковуються тиску середовища, не мають власної думки та інтересів, насилу сприймають нове, незвичайне, негативно ставляться до будь-яких змін у житті.

Застосування опитувальника ПДО в реальному діагностичному обстеженні дає бальні оцінки за кожною з 11 шкал, що відповідають

перерахованим вище типам акцентуації особистості. Для висновку про наявність того чи іншого типу акцентуації в підлітка його бальний показник за відповідною шкалою опитувальника має дорівнювати або бути вищим від мінімального діагностичного значення (від 5 до 7 для різних шкал).

Проективні методики

Тематичний аперцептивний тест ТАТ

ТАТ було вперше описано Г. Мерреєм у 1935 р. у ролі методики експериментального вивчення фантазії. Підсумком роботи подальших років стало теоретичне обґрунтування ТАТ як методу дослідження особистості, розробка інструкції до застосування методики, схеми аналізу та інтерпретації результатів.

Використовуваний нині варіант ТАТ складається зі стандартного набору таблиць із зображенням щодо невизначених ситуацій. Кожна з таблиць допускає можливість неоднозначної інтерпретації, водночас спеціально виділяють таблиці, що провокують депресію і суїцид, агресію та сексуальну перверзію, домінування – підпорядкування, сексуальні та сімейні конфлікти і т. д. Частина таблиць пред'являється чоловікам і жінкам, частина – тільки чоловікам чи жінкам; є також таблиці для підлітків. Кожному випробуваному надається набір із 20 таблиць.

Дослідження проводиться за два сеанси з інтервалом не більше ніж один день. Як і в будь-якому проектному експерименті, під час дослідження ТАТ важливо створити спокійну, доброзичливу атмосферу. Починати роботу з випробуванням рекомендується з бесіди або якої-небудь простої проективної методики, наприклад малювання на задану тему, вільні асоціації або ігри (з дітьми). Таблиці ТАТ звичайно надаються індивідуально: 1-10 – у перший день дослідження, 11-20 – у другий. Під час першого сеансу дається стандартна інструкція, яка припускає незначні варіації залежно від культурного рівня і віку випробуваного.

Інструкція

«Вам буде показано картини, за кожною з них Ви маєте вигадати розповідь. Розкажіть, що відбувається в цей момент, які події призвели до цієї ситуації, яким буде її результат. Опишіть також думки і почуття персонажів. Пам'ятайте, що Вам треба придумати розповідь, а не описувати картину».

Інструкція на 16-у таблицю (порожній бланк): «Подивіться на цей порожній бланк, уявіть собі яку завгодно картину й опишіть її в деталях». Після того, як випробуваний виконав це, експериментатор додає: «А тепер вигадайте за нею розповідь».

Під час дослідження зазначається час – як від моменту надання таблиці до початку розповіді, так і загальний час, витрачений на кожну таблицю. Тривалі паузи фіксуються певними значками (найзручніше точками). Записуються всі застереження, своєрідні вираження і т. д.

Після дослідження проводиться опитування. Основна мета опитування – отримання додаткових відомостей про випробуваного. Іноді, якщо опитування проводиться з невеликим інтервалом після експерименту, доцільно попросити випробуваного самостійно викласти основні факти біографії, а потім обговорити їх спільно. Під час опитування також з'ясовуються джерела тих чи інших сюжетів: чи взяті за основу події власного життя, історії, що сталися з близькими і друзями або запозичені з літературних джерел і т. д.

Згідно з Г. Мерреєм, ТАТ є засобом виявлення домінантних потреб, конфліктів та актуальних емоційних станів невротичної особистості. Зазначеними завданнями визначаються вибір категорій аналізу та інтерпретації експериментальних даних. Можна виділити такі етапи обробки оповідань ТАТ.

Аналіз змісту оповідання починається з вибору «героя», тобто персонажа, з яким випробуваний ідентифікує себе. Зазвичай, це та дійова особа, якою автор найбільше зацікавлений, чий почуття і думки зображені найбільш докладно; часто це персонаж тієї ж статі, віку та соціального становища, що й сам випробуванний.

Як правило, формальними ознаками ідентифікації з героєм вважаються: емоційна насиченість розповіді, пряме звернення до власного досвіду, вживання прямої мови, привнесення в розповідь моментів, які не впливають безпосередньо з цієї таблиці, незвичайні сюжети і деяке інше.

Під час визначення «героя» експериментатор може зіткнутися також із такими труднощами:

- ідентифікація зміщується з одного персонажа на інший, що може розглядатися як нестійкість уявлень випробуваного про себе;
- випробуваний ідентифікує себе одночасно з двома персонажами, наприклад «негативним» і «позитивним», тим самим виявляючи існування в самому собі протилежних тенденцій;
- об'єктом ідентифікації є персонаж протилежної статі, що може вказувати на сексуальну перверзію;
- ідентифікація може бути відсутньою;
- у цьому випадку «герої» можуть розглядатися як антиподи самого випробуваного.

Наступний етап аналізу розповіді полягає у визначенні найважливіших характеристик героя – його прагнень, бажань, почуттів, рис характеру,

тобто потреб у термінології Г. Меррея. Для полегшення цього завдання додається список потреб та їх опис у тій формі, в якій вони можуть виступати в тексті оповідання.

Із метою знаходження домінантних потреб та їх ітегратів Г. Меррей вводить ранжування сили потреби залежно від її інтенсивності, тривалості, частоти і значення в розвитку сюжету. Отже, за п'ятибальною системою отримують оцінку всі «змінні» кожного оповідання, тобто всі «потреби» героя і всі «тиски» середовища. Наприклад, агресія, яка виступає як схильність до дратівливості, отримує 1 бал, гнів – 2, сварка – 3, бійка – 4, війна – 5.

Після того, як подібним чином проаналізовано всі розповіді, складається список потреб і відповідних їм тисків. Як уже говорилося, комбінація «потреба – тиск» становить, за Г. Мерреем, «тему». Тема вказує на основний характер відносин особи і середовища: чи знаходять задоволення домінантні потреби або середовище перешкоджає їх задоволенню, і результатом їхньої взаємодії є конфлікт; чи домагається герой успіху, чи зазнає невдачі і т. д. Найбільш поширені «теми» стосуються проблем досягнення, суперництва, любові, домінування – підпорядкування і т. д.

Під час інтерпретації даних ТАТ Г. Меррей виходить із припущення про пряму ідентифікацію випробуваного з героєм; отже, риси героя (потреби, емоції) становлять ті чи інші тенденції самого випробуваного. Вони можуть зумовлюватися його минулим або бути антиципацією майбутнього; можуть бути актуальними в певний момент або, навпаки, загальмованими. Згідно з Г. Мерреем, зміст «тем» становить:

- те, що випробуваний реально здійснює;
- те, до чого він прагне;
- те, що ним ніколи не усвідомлюється і виявляється тільки у фантазіях і сновидіннях;
- те, що він відчуває в певний момент;
- те, яким він уявляє собі майбутнє. У всіх випадках, однак, в оповіданнях ТАТ відображаються не об'єктивні життєві обставини, а те, як вони сприймаються самим піддослідним.

Результатом інтерпретації стає своєрідний портрет героя, ми дізнаємося, які його домінантні бажання, потреби, почуття, яким діям середовища він піддається, активний чи пасивний у взаєминах із предметним і соціальним світом; чи можливе задоволення його потреб або вони вступають у протиріччя з вимогами середовища чи іншими тенденціями героя; чи домагається він успіху або зазнає фрустрації; чи здійснює він антисоціальні вчинки або діє відповідно до загальноприйнятих норм; які його цінності і що складає його світогляд і т. д.

У роботі з кризовими клієнтами, діагностиці суїцидального ризику і т. д. звертають увагу на такі сюжети (або можна використовувати з усього набору тільки їх у контексті комплексної діагностики):

– сюжет 3 (чоловічий варіант), що визначає стан депресії, суїцидальні наміри, тенденції уникнення покарання або прийняття провини;

– сюжет 9 (жіночий варіант), який визначає відносини між жінками, суперництво через чоловіка, може означати депресивний стан, суїцидальні наміри, параноїдальні тенденції підозрілості і переслідування;

– сюжет 14 визначає загальний фон настрою, депресивні та суїцидальні тенденції, фантазії;

– сюжет 15 визначає ставлення до смерті, іноді в символічній формі відображає агресивні почуття до конкретної людини (бажання її смерті). Сюжет прогностичний щодо суїциду;

– сюжет 17 (жіночий варіант) означає очікування по відношенню до якоїсь складної ситуації, іноді виділяє суїцидальні тенденції;

– сюжет 20 визначає актуальні страхи, почуття самотності.

Методика чорнильних плям Г. Роршаха (Rorschach Inkblot Test, Тест Роршаха). Ця методика є однією з найпопулярніших. Розроблена швейцарським психіатром Г. Роршахом, її вперше було описано 1921 р. Хоча стандартизовані серії чорнильних плям використовувалися психологами і раніше для вивчення уяви та інших психічних функцій, Г. Роршах був першим, хто застосував чорнильні плями для діагностичного дослідження особистості в цілому. Розвиваючи цей метод, Г. Роршах експериментував із великою кількістю чорнильних плям, які він демонстрував різним групам психічно хворих. У результаті подібних клінічних досліджень ті характеристики відповідей, які можна було співвіднести з різними психічними захворюваннями, поступово об'єднувалися в системи показників. Методи визначення показників потім відпрацьовувалися за допомогою додаткового тестування розумово відсталих і нормальних людей, художників, науковців та інших осіб із відомими психологічними характеристиками. Г. Роршах запропонував основні способи аналізу та інтерпретації відповідей.

У методиці Г. Роршаха використовуються десять карток, на кожній з яких видрукувано двосторонні симетричні плями. П'ять плям виконано тільки в сіро-чорних тонах, два містять додаткові штрихи яскраво-червоного кольору, а інші три являють собою поєднання кольорів пастельних тонів. Таблиці надаються послідовно від 1 до 10 у стандартному положенні, зазначеному на звороті. Надання таблиці 1 супроводжується інструкцією: «Що це таке, на що це може бути схоже?». Надалі інструкція не повторюється. Після закінчення спонтанних

висловлювань випробуваного за допомогою додаткових питань стимулюють до продовження відповідей. Крім дослівного запису відповідей випробуваного за кожною карткою, експериментатор зазначає час відповіді, мимовільні репліки, емоційні прояви та інші зміни поведінки випробуваного під час сеансу діагностування. Після надання всіх карток експериментатор за певною системою опитує випробуваного щодо частин та особливостей кожної з плям, за якими виникли асоціації. Під час опитування випробуваний може також уточнити або доповнити попередні свої відповіді.

Є декілька систем для підрахунку й інтерпретації показників методики Г. Роршаха. Серед найбільш загальних – локалізація, детермінанти, зміст, популярність.

Локалізація вказує на частину плями, з якою випробуваний асоціює свою відповідь: чи використовується під час відповідей уся пляма, якась спільна деталь, незвичайна деталь, біла частина картки або якась комбінація білої і темної ділянки.

Детермінанти відповіді – це ті параметри плями, які викликають відповідь. Вони включають форму, колір, відтінок і рух. Хоча, звичайно, у чорнильній плямі самій по собі немає ніякого руху, усе ж сприйняття випробуваним плями як рухомого об'єкта належить до цієї категорії. У середині цих категорій проводиться більш детальна диференціація. Наприклад, рух людини, рух тварини, а також абстрактний або неживий рух підраховується окремо. Точно так же відтінок може сприйматися як такий, що представляє глибину, текстуру, невизначену форму, скажімо хмара або сіро-біле відтворення кольору.

Зміст. Трагування змісту змінюється залежно від системи визначення показників, але деякі основні категорії використовуються постійно. Головними серед них є людські фігури та їхні деталі (або фрагменти людського тіла), фігури тварин та їхні деталі, анатомічна будова. До інших широко застосовуваних категорій показників можна віднести неживі об'єкти, рослини, географічні карти, хмари, плями крові, рентгенівські знімки, сексуальні об'єкти, символи. Показник популярності часто визначається на основі відносної відповідності частоти різних відповідей серед людей узагалі, порівняно з таблицями популярних відповідей.

Інтерпретація показників методики Г. Роршаха спирається на відносну кількість відповідей, що потрапляють у різні категорії, а також на певні співвідношення і взаємозв'язки різних категорій. Напрями інтерпретації не мають задовільного теоретичного обґрунтування, а цілком визначаються емпіричними відношеннями окремих показників із тими чи іншими властивостями особистості. Так, наприклад, важко

пояснити з наукових позицій, чому використання у відповідях рідкісних деталей свідчить про невпевненість, тривожність, а глумачення білого тла в екстравертів – про негативізм.

У психологічному висновку за результатами методики Г. Роршаха зазвичай описуються інтелектуальна й афективна сфери особистості, а також особливості її міжособистісних взаємодій. Психолог-клініцист, складаючи його, враховує й додаткову інформацію, отриману з зовнішніх джерел.

Основним фактором, що ускладнює інтерпретацію показників методики Г. Роршаха, є сумарна кількість відповідей, відома як продуктивність відповідей. Емпірично показано, що продуктивність відповідей безпосередньо пов'язана з віком, інтелектуальним рівнем та освітою індивіда. Хоча вважається, що описувана методика застосовна до людей від дошкільного до дорослого віку, нормативні дані спочатку були отримані здебільшого в групах дорослих. Питання про прогностичні можливості тесту Г. Роршаха досі є дискусійним. Певні особливості контингенту суїцидентів ми відзначали в наших дослідженнях; так, наприклад, у найближчому постсуїциді в більшості пацієнтів відзначався коартичний тип переживання, крім того, у протоколах парасуїцидентів із парадоксальною цільовою установкою зазначалося переважання відповідей на білий простір (S).

Ю. С. Савенко (1972) вичленував на основі протоколів тесту Г. Роршаха загальні ознаки для групи хронічних алкоголіків, які вчинили суїцид: перш за все, це ознаки своєрідної емоційної дезорганізації (поєднання ускладнень включення інтелектуальної переробки в умовах емоційного натиску з показниками емоційної напруженості, страху, коартированим типом переживання і шоком на IX таблиці), а також характерною за виразністю для афективних станів дезорганізацією мислення ($\pm 40\%$). Симптоматичне також поєднання показників м'якості, жіночності та опозиційності на тлі значного зниження людських образів і домінування різних об'єктів [119].

Правда, Н. Нойрінгер (1965), який зробив огляд робіт із суїцидів із застосуванням тесту Г. Роршаха, дійшов висновку, що в цьому тесті не існує будь-яких специфічних ознак, що дозволяють передбачити суїцидальну поведінку. Проте надалі в рамках розробленої Дж. Екснером Інтегративної системи психодіагностики [164] виникла можливість діагностувати фактори прийняття суїцидального рішення. Ця система заснована на експериментально обґрунтованій концепції прийняття рішення в проблемній ситуації. Суть цієї концепції полягає в тому, що стимульні плями Г. Роршаха й умови тестування моделюють досить складні проблемні ситуації для випробуваного.

Його відповіді на стимульні плями є вирішенням цих ситуацій. У відповідях випробуваного укладені психологічні фактори, які детермінували ті чи інші відповіді й рішення. Розроблено індекс «Суїцидальне сузір'я», який включив 12 критеріїв, кожен з яких має специфічний психологічний сенс і належить до певної сфери психологічного функціонування. Включені в індекс критерії можна розглядати як фактори, які зумовлюють прийняття рішення про вчинення суїциду. Фактично в рамках Інтегративної системи було отримано концептуально обґрунтовану діагностичну шкалу прогнозування суїцидального ризику. Ми наводимо опис критеріїв цієї діагностичної шкали на основі проведеної М. А. Ассановичем адаптації Інтегративної системи психодіагностики методом Г. Роршаха для російськомовної популяції [11]. Автор звертає увагу, що деякі критерії містять по два чинники. При цьому критерій спрацьовує, якщо в пацієнта виявляється один із них.

– Критерій 1. Хвороблива інтроспекція, стурбованість негативними сторонами свого «я», заглибленість у них, самоприпинення, самозвинувачення і (або) надмірна, нав'язлива саморефлексія.

– Критерій 2. Низький рівень самофокусування, уникнення звернення до своїх інтересів і потреб унаслідок незадоволеності собою, занижена самооцінка або надмірне центрування уваги на своїх інтересах і потребах, занижений рівень звернення до інтересів оточуючих людей.

– Критерій 3. Виражена незадоволеність собою, негативне ставлення до свого тіла, песимістичний погляд на себе, негативні самоатрибуції або виражені песимістичні очікування.

– Критерій 4. Незрілий образ «я», заснований не так на реальному досвіді взаємодії з людьми, або погане розуміння поведінки і потреб оточуючих людей, незріле соціальне сприйняття.

– Критерій 5. Надмірна залученість у проблемну ситуацію, переоцінка проблеми, прагнення відстежити всі зв'язки між різними аспектами ситуації, постійний брак інформації і нездатність прийняти рішення або поверхневий погляд на проблемну ситуацію, недооцінка окремих аспектів дійсності, непродуманість і поверховість рішень, що сприяє імпульсивним вчинкам.

– Критерій 6. Індивідуалістичний погляд на ситуацію, знижена конвенціональність сприйняття, нонконформізм, конфліктні відносини з загальноприйнятною системою цінностей.

– Критерій 7. Ігнорування соціальних умовностей, нонконформізм у поведінці або надмірне дотримання соціальних умовностей, гіперконформізм у поведінці.

– Критерій 8. Емоційна нестриманість, поверховість емоцій, емоційна лабільність, низький контроль над емоційною експресією.

– Критерій 9. Суперечливість, амбівалентність емоцій і почуттів, конфліктність переживань.

– Критерій 10. Опозиціонізм – негативізм у відносинах, неприйняття і незадоволеність ситуацією, внутрішня дисфоричність.

– Критерій 11. Занадто високий рівень фрустраційних переживань, що перевищує ресурси регуляції: негативні почуття (тривога, пригніченість, почуття самотності, безпорадність, відчай і т. д.) і мимовільні негативні думки.

– Критерій 12. Схильність до дефензивної поведінки, блокування активності, напруженість, скутість.

Кожен критерій приймається за 1 бал. Критичне значення для шкали становить 8 балів. Таке значення дозволяє достовірно ідентифікувати суїцидальну поведінку у 83 % випадків. Можливість удаваної діагностики суїциду для такого критичного значення становить 18 %, при цьому 12 % хибно діагностованих випадків припадає на хворих депресією. Якщо вибрати порогове значення, цю дорівнює 7 балам, то частота правильної діагностики суїцидальної поведінки збільшується і перевищує 90 %. Разом із тим імовірність помилкової діагностики зростає вдвічі. Тому в ролі оптимальної критичної величини було обрано значення, що дорівнює 8 балам.

Якщо значення за цією суїцидальною шкалою у випробуваного досягає критичного, то це говорить про те, що або раніше він вже робив суїцидальні спроби, або найближчим часом (протягом двох місяців) він із великим ступенем імовірності здійснить суїцид. У будь-якому випадку валідні критичні значення вимагають невідкладного психологічного втручання з метою запобігання можливому суїциду, який у цьому випадку має високу ймовірність. Значення шкали, що дорівнює 7, також потребує уваги й настороженості, так як і в цьому разі зберігається досить високий потенційний суїцидальний ризик.

Описану діагностичну шкалу можна використовувати для випробування, починаючи з 15-річного віку.

Тест С. Розенцвейга. Методика малюнкової фрустрації. Дорослий варіант (модифікація Н. В. Тарабріної).

Методику призначено для дослідження реакцій на невдачу і способів виходу з ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості.

Опис тесту

Фрустрація – стан напруги, розладу, занепокоєння, викликаного незадоволеністю потреб, об'єктивно непереборними (або суб'єктивними) труднощами, перешкодами на шляху до важливої мети.

Методика складається з 24 схематичних контурних малюнків, на яких зображено дві людини або більше, зайнятих ще незакінченою розмовою. Ситуації, зображені на малюнках, можна розділити на дві основні групи.

Ситуації «перешкоди». У цих випадках яка-небудь перешкода, персонаж або предмет бентежить словом або ще яким-небудь способом. Сюди належать 16 ситуацій.

Зображення: 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24.

Ситуації «звинувачення». Суб'єкт при цьому слугує об'єктом звинувачення. Таких ситуацій вісім.

Зображення: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21.

Між цими групами ситуацій є зв'язок, так як ситуація «звинувачення» припускає, що їй передувала ситуація «перешкоди», де фрустратор був, у свою чергу, фрустрований. Іноді випробуваний може інтерпретувати ситуацію «звинувачення» як ситуацію «перешкоди» або навпаки.

Малюнки надаються випробуваному. Передбачається, що «відповідаючи за іншого», випробуваний легше, достовірніше викладе свою думку і виявить типові для нього реакції виходу з конфліктних ситуацій. Дослідник відзначає загальний час випробування.

Тест може бути застосовано як в індивідуальному, так і в груповому виконанні. Але, на відміну від групового, в індивідуальному дослідженні використовується ще один важливий прийом: просять прочитати вголос написані відповіді. Експериментатор відзначає особливості інтонації та інше, що може допомогти в уточненні змісту відповіді (наприклад, саркастичний тон голосу). Крім того, випробуваному можуть бути поставлені питання щодо дуже коротких або двозначних відповідей (це також необхідно для підрахунку). Іноді трапляється, що випробуваний неправильно розуміє ту чи іншу ситуацію, і хоча такі помилки самі по собі значущі для якісної інтерпретації, усе ж після необхідного роз'яснення від нього має бути отримано нову відповідь. Опитування слід вести за можливістю обережніше, так, щоб питання не містили додаткової інформації.

Інструкція до тесту

Для дорослих: «Вам зараз буде продемонстровано 24 малюнки. На кожному з них зображено дві людини, які розмовляють. Те, що говорить перша людина, написано в квадраті ліворуч. Уявіть собі, що може відповісти їй інша людина. Напишіть найпершу, що спала Вам на думку, відповідь на аркуші паперу, позначивши її відповідним номером.

Намагайтеся працювати якомога швидше. Поставтеся до завдання серйозно і не жартуйте. Не намагайтеся також скористатися підказками».

Обробка результатів тесту

Кожна з отриманих відповідей оцінюється, відповідно до теорії, С. Розенцвейга, за двома критеріями: за напрямом реакції (агресії) і за типом реакції.

За напрямом реакції поділяються на:

– екстрапунітивні: реакція спрямована на живе або неживе оточення, засуджується зовнішня причина фрустрації, підкреслюється ступінь фрустраційної ситуації, іноді вирішення ситуації вимагають від іншої особи;

– інтропунітивні: реакція спрямована на самого себе, із прийняттям провини або ж відповідальності за виправлення ситуації, що виникла, фрустраційна ситуація не підлягає осуду. Випробуваний сприймає фрустраційну ситуацію як сприятливу для себе;

– імпунітивні: фрустраційна ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, яке можна подолати «з часом, звинувачення оточуючих або самого себе відсутні.

За типом реакції поділяються на:

– перешкоджаючо-домінантні. Тип реакції «з фіксацією на перешкоді». Перешкоди, що викликають фрустрацію, усіляко акцентуються, незалежно від того, розцінюються вони як сприятливі, несприятливі чи незначні;

– самозахисні. Тип реакції «з фіксацією на самозахисті». Активність у формі осуду будь-кого, заперечення чи визнання власної провини, ухилення від докору спрямовані на захист свого «Я», відповідальність за фрустрацію нікому не може бути приписана;

– завзяті. Тип реакції «з фіксацією на задоволення потреби». Постійна потреба знайти конструктивне вирішення конфліктної ситуації у формі або вимоги допомоги від інших осіб або прийняття на себе обов'язку вирішити ситуацію, або впевненості в тому, що час і хід подій призведуть до її вирішення.

Для позначення напрямку реакції використовуються літери:

Е – екстрапунітивні реакції;

І – інтропунітивні реакції;

М – імпунітивні.

Типи реакцій позначаються такими символами:

OD – «із фіксацією на перешкоді»;

ED – «із фіксацією на самозахисті»;

NP – «із фіксацією на задоволенні потреби».

Із поєднань цих шести категорій отримують дев'ять можливих факторів і два додаткових варіанти.

Аналіз тенденцій

Аналіз тенденцій проводиться на підставі аркуша відповідей випробуваного і ставить на меті з'ясування того, чи мала місце зміна напрямку реакції або типу реакції випробуваного під час проведення досліджу. Під час проведення досліджу випробуваний може помітно змінити свою поведінку, переходячи з одного типу або спрямування реакцій до іншого. Наявність таких змін свідчить про ставлення випробуваного до своїх власних відповідей (реакцій). Наприклад, реакції випробуваного екстрапунітивної спрямованості (з агресією на оточення) під впливом пробудженого почуття провини можуть змінитися відповідями, що містять агресію на самого себе.

Аналіз передбачає виявити існування таких тенденцій і з'ясувати їх причини, які можуть бути різними і залежать від особливостей характеру випробуваного.

Інтерпретація результатів тесту

Перший етап інтерпретації полягає у вивченні GCR, рівня соціальної адаптації випробуваного. Аналізуючи отримані дані, можна припустити, що випробуваний, який має низький відсоток GCR, часто конфліктує з оточуючими, оскільки недостатньо адаптований до свого соціального оточення.

Дані, що стосуються ступеня соціальної адаптації випробуваного, можуть бути отримані за допомогою повторного дослідження, яке полягає в такому: випробуваному повторно демонструються малюнки з проханням дати в кожному завданні таку відповідь, яку, на його думку, було б потрібно дати в цьому випадку, тобто «правильну», «еталонну» відповідь. «Індекс неузгодженості» відповідей випробуваного в першому і другому випадках дає додаткову інформацію про показник «ступеня соціальної адаптації».

На другому етапі вивчаються отримані оцінки шести факторів у таблиці профілів. Виявляються стійкі характеристики фрустраційної реакції випробуваного, стереотипи емоційного реагування, які формуються в процесі розвитку, виховання і становлення людини і є однією з характеристик її індивідуальності. Реакції випробуваного можуть бути спрямовані на навколишнє середовище, виражаючись у формі різних вимог до нього, або на самого себе як винуватця того, що відбувається, або людина може зайняти своєрідну примиренську позицію. Так, наприклад, якщо в дослідженні ми отримуємо у випробуваного оцінку М – нормальну, Е – дуже високу і І – дуже низьку, то на підставі цього можна сказати, що суб'єкт у фрустраційній ситуації буде з підвищеною частотою відповідати в екстрапунітивній манері і дуже рідко – в інтропунітивній. Тобто можна сказати, що він висуває

завищені вимоги до оточуючих, і це може слугувати ознакою неадекватної самооцінки.

Оцінки, що стосуються типів реакцій, мають різний зміст.

Оцінка OD (тип реакції «з фіксацією на перешкоді») показує, як перешкода фруструє суб'єкта. Так, якщо ми отримали підвищену оцінку OD, то це говорить про те, що під час фрустраційної ситуації в суб'єкта переважає ідея перешкоди.

Оцінка ED (тип реакції «з фіксацією на самозахисті») означає силу або слабкість «Я» особистості. Підвищення ED означає слабку, вразливу особистість. Реакції суб'єкта зосереджені на захисті свого «Я».

Оцінка NP – ознака адекватного реагування, показник того ступеня, в якому суб'єкт може вирішувати фрустраційну ситуацію.

Третій етап інтерпретації – вивчення тенденцій. Вивчення тенденцій може мати велике значення в розумінні ставлення випробуваного до власних реакцій.

У цілому можна додати, що на підставі протоколу обстеження можна зробити висновки щодо деяких аспектів адаптації випробуваного до свого соціального оточення. Методика в жодному разі не дає матеріалу для висновків про структуру особистості. Можна лише з більшою часткою ймовірності прогнозувати емоційні реакції випробуваного на різні труднощі або перешкоди, які постають на шляху до задоволення потреби, до досягнення мети.

Події життя

Соціальна обстановка, події в особистісній історії займають важливе місце в житті людини. Вони можуть стимулювати її розвиток або фруструвати потреби, що є для неї актуальними. Усе залежить, у першу чергу, від оцінки самим індивідом ролі тих чи інших подій або фактів життя, які можуть стати предикторами суїциду залежно від цього відношення. Деякі люди можуть реагувати на деякі ситуації почуттями провини, безнадійності, образи, агресивною поведінкою. Водночас навички конструктивного вирішення ситуацій у них зникають.

Для оцінки ролі тих чи інших факторів, які можуть бути стресогенними, ми використовували опитувальник «**Події життя**» (**Life Events Style**). Він включає 29 позицій, що охоплюють травматичні події в навколишньому середовищі (досвід, пов'язаний із бойовими діями; загрозливий для життя нещасний випадок, пожежа, повінь, інші природні катаклізми, що зачепили індивіда); травматичні події, що зачіпають статево або фізичну ідентичність (звалтування, сексуальні домагання, серйозні фізичні напади і насильство, тортури, загроза зброєю, полон); економічні та соціальні проблеми (труднощі з житлом, із роботою, серйозні фінансові проблеми); питання психологічного й

соматичного здоров'я (остракізм, емоційні або психологічні тортури, самотність, тривалі фізичні або психічні захворювання, проблеми в репродуктивній сфері, невдоволення своїм фізичним «Я», спроби суїциду в анамнезі в респондента або в його оточенні); відносини з іншими (конфлікти, втрати, розриви стосунків, взаємин із дітьми).

Кожна з позицій складається з чотирьох підпунктів. Фіксувалися: а) наявність тієї чи іншої події, що оцінюється за дихотомічною шкалою «так – ні»; б) віковий період, коли подія або події мали місце: юність (до 18 років), дорослість (старше 18 років), або і в той, і в інший період; в) частота і тривалість події; г) чи сталася безпосередньо перед суїцидальною спробою, якщо така мала місце.

Для можливості адекватного порівняння ваги кожної позиції, у тому числі і між групами обстежених, було розроблено систему коефіцієнтів, що припускають обчислення їх за окремими подіями, й інтегрального коефіцієнта (SUMLE) із його логарифмом (LNSUMLE) ступеня травматизму життєвого стилю.

Контрольні завдання та питання для самоконтролю

1. Укажіть основні види інструментарію, який можна використовувати в суїцидологічній практиці.
2. Які ви знаєте шкали оцінки станів?
3. У чому полягає діагностична цінність вимірювання стану безнадії?
4. У чому полягає діагностична цінність вимірювання тривожності?
5. Проведіть дослідження особистості за допомогою опитувальника NEO PI-R.
6. Визначте особливості суїцидонебезпечного профілю клієнта за MMPI.
7. Які акцентуйовані типи особистості за К. Леонгардом та А. С. Личком можуть вважатися суїцидонебезпечними?
8. Проведіть дослідження особистості за допомогою опитувальника «Події життя» і визначте можливі травматичні події в анамнезі та їхню роль у життєвій історії суб'єкта.
9. У чому полягає особливість застосування проєктивних методів у суїцидологічній практиці?

В И С Н О В К И

У запропонованій роботі ми зробили спробу дати в загальних рисах необхідні, на наш погляд, відомості про суїцидологію на сучасному етапі щодо особливостей соціальної роботи. Самогубство стало однією з найгостріших проблем сучасного соціуму, що стосується всіх без винятку верств населення, тому важливо для соціального працівника знати його генезу й особливості професійної поведінки в ситуаціях, де необхідна кваліфікована допомога.

Нами було розглянуто епідеміологічні основи суїцидології, висвітлено ситуацію в Україні, усебічно розглянуто фактори, що потенціюють суїцидальну поведінку. Ми висвітлили шляхи надання професійної допомоги, у тому числі й тієї, що може входити до компетенції соціального працівника, у ситуації кризи. Нами було представлено оригінальний підхід до розуміння особистості людини, здатної на самогубство, заснований на ситуаційному підході і принципах футурреальної психології, яка керується орієнтаціями особистості на ситуації майбутнього часу, перспективні цілі, що може допомогти в розумінні проблем кризової особистості й окреслити шляхи виходу з кризи.

Більш глибоке розуміння природи суїцидальної поведінки, її індикаторів, прихованих джерел, врахування того, що особистість суїцидента відрізняється невмінням бачити перспективу жити далі, ніж близька емоційно-травматична ситуація, і відсутністю прагнення до саморозвитку та постановки віддалених і високих цілей, дозволить внести певні корективи в дії соціальних працівників, пов'язаних з особистісними проблемами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 299 с.
2. Адлер А. О невротическом характере / А. Адлер. – СПб. : Университетская книга, 1997. – 388 с.
3. Алиев М. Г. Суицидальное поведение у детей и подростков с психогенной депрессией / М. Г. Алиев // Вопросы психоневрологии. Азербайдж. мед. ин-т. – Вып. 9. – Баку, 1982. – С. 341–343.
4. Акутагава Р. Слова пигмея / Р. Акутагава. – М. : Прогресс, 1992.
5. Амбрумова А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике / А. Г. Амбрумова // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М. : Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – 1983. – С. 13–18.
6. Амбрумова А. Г. Психология одиночества и суицид / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. – Т. 92. – М., 1981. – С. 69–80.
7. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 14–19.
8. Амбрумова А. Г. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике / А. Г. Амбрумова, Е. М. Вроно // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85. – Вып. 10. – С. 1557–1560.
9. Амбрумова А. Г. Семейная диагностика и вопросы профилактики суицидального поведения / А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии : сб. научн. тр. / [под ред. В. В. Ковалева]. – М. : Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1984. – С. 62–77.
10. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980. – 42 с.
11. Амбрумова А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6–28.
12. Андронникова О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим поведением / О. О. Андронникова // Вестник ТГПУ. – 2009. – Вып. 9. – С. 120–126.

13. Аргайл М. Концепт ситуации в различных областях психологии / М. Аргайл, А. Фернхем, Дж. Грахам // Психология социальных ситуаций / [сост. и общая ред. Н. В. Гришиной]. – СПб. : Питер, 2001.
14. Ассанович М. А. Оценка некоторых поведенческих характеристик у больных невротическими расстройствами методом Роршаха (на основе интегративной системы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. А. Ассанович. – Гродно, 2002.
15. Балашова М. Г. О превентивной работе КСПП с контингентом лиц, переживающих в одиночестве / М. Г. Балашова, Е. Ю. Собчик // Научные и организационные проблемы суицидологии : сб. науч. трудов. / [отв. ред. В. В. Ковалев]. – М. : Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1983. – С. 167–171
16. Бек А. Т. Когнитивная терапия депрессии / А. Т. Бек, Д. А. Раш, Б. Ф. Шо, Г. Эмери. – Питер, 2003. – С. 298.
17. Бердяев Н. А. «О самоубийстве» (Психологический этюд) / Н. А. Бердяев // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13. – № 1. – С. 90–94; № 2. – С. 96–106.
18. Бехтерев В. М. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ними; Санкт-Петербург, 1912 / В. М. Бехтерев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1995. – № 2. – С. 86–92.
19. Бисалиев Р. В. Феноменология латентных форм аутоагрессии / Р. В. Бисалиев, Р. А. Сараев // Современные наукоемкие технологии. – 2007. – № 8. – С. 48–50.
20. Блюм Г. Психоаналитические теории личности / Г. Блюм. – М. : КСП, 1996. – 247 с.
21. Бовина И. Б. Профилактика суицида в подростковой и молодежной среде: размышляя над опытом западных моделей [Электронный ресурс] / И. Б. Бовина // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. – 2013. – № 2. – Режим доступа : <http://psyedu.ru/>.
22. Богоявленский Д. Д. Материалы интервью [Электронный ресурс] / Д. Д. Богоявленский. – Режим доступа : <http://www.rususa.com/news/>.
23. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. – М. : Просвещение, 1968. – 464 с.
24. Бродский И. «Двадцать сонетов к Марии Стюарт» / И. Бродский. Сочинения в четырех томах. Т. 2. – Изд-во «Пушкинский фонд». – СПб., 1994. – С. 339.

25. Л. Ф. Бурлачук Понятие ситуации / Л. Ф. Бурлачук, Н. В. Коржова // Психология социальных ситуаций / [сост. и общая редакция Н. В. Гришиной]. – СПб. : Питер, 2001. – С. 133–137.
26. Вагин Ю. Р. Авитальная активность / Ю. Р. Вагин. – Пермь, 2001. – 292 с.
27. Вагин Ю. Корни суицидальной активности [Электронный ресурс] / Ю. Вагин. – Режим доступа : <http://pcdv.ru/wp-content/uploads/2012/06/korni.rar>.
28. Валлон А. От действия к мысли / А. Валлон. – М. : Иностранная литература, 1956. – 239 с.
29. Васильев В. В. Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) / В. В. Васильев. – Суицидология, 2012. – № 1. – С. 18–27.
30. Васильев Я. В. Футурреальная психология и цикличное развитие личности / Я. В. Васильев. – Николаев : Илион, 2005. – С. 360.
31. Вассерман Д. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса / Д. Вассерман // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / [ред. Д. Вассерман]. – М. : Смысл, 2005. – С. 28–46.
32. Вассерман Д. Опыт негативных событий жизни у суицидентов / Д. Вассерман // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / [ред. Д. Вассерман]. – М. : Смысл, 2005. – С. 133–139.
33. Вассерман Д. Оценка суицидального риска / Д. Вассерман // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / [ред. Д. Вассерман]. – М. : Смысл, 2005. – С. 149–157.
34. Ведрин Ж. Можно ли оценить риск суицида? / Ж. Ведрин, Д. Вебер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 3. – С. 69–73.
35. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология / В. Ф. Войцех. – М. : Миклош, 2007. – 277 с.
36. Войцех В. Ф. Взаимосвязь алкоголизации и суицидального поведения путем самоотравления / В. Ф. Войцех, А. С. Христо // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – СПб., 2005. – С. 134.
37. Войцехович Б. А. Пусть умирает тот, кто не хочет жить? / Б. А. Войцехович, А. Н. Редько. – Краснодар, 1994.
38. Вроно Е. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков / Е. Вроно. – М., 2001.

39. Выготский Л. С. Социальная ситуация развития / Л. С. Выготский // Психология социальных ситуаций / [сост. и общая ред. Н. В. Гришиной]. – СПб. : Питер, 2001.
40. Гальперин П. Я. Введение в психологию / П. Я. Гальперин. – М. : МГУ, 1976. – 150 с.
41. Гишинский Я. Девиантология / Я. Гишинский. – СПб. : Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2007. – С. 328.
42. Гишинский Я. Основные тенденции динамики самоубийств в России [Электронный ресурс] / Я. Гишинский, Г. Румянцева. – Режим доступа : <http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html>.
43. Гинзбург Л. Я. Человек за письменным столом: Эссе. Из воспоминаний. Четыре повествования / Л. Я. Гинзбург. – Л. : Сов. писатель, 1989. – С. 149.
44. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию : [курс лекций] / Ю. Б. Гиппенрейтер. – М. : «ЧеРо», при участии издательства «Юрайт», 2002. – 336 с.
45. Глоссарий суицидологических терминов : [методическое пособие]. – Киев, 1998.
46. Гроф С. За пределами мозга: рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / С. Гроф. – М., 1994.
47. Гроф С. Путешествие в поисках себя / С. Гроф. – М. : Издательство Трансперсонального института, 1994. – С. 338.
48. Гусакова М. П. Аутодеструктивное поведение как форма поиска смысла жизни (на материале покушений на самоубийство): дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / М. П. Гусакова. – М., 1999. – 180 с.
49. Девяткова Г. И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Г. И. Девяткова ; Оренбургский гос. мед. ин-т. – Оренбург, 1992.
50. Джонс Э. Жизнь и творения Зигмунда Фрейда / Э. Джонс ; [пер. с англ. В. В. Старовойтова]. – М. : Гуманитарий АГИ, 1996. – 448 с.
51. Диагностика состояний психической дезадаптации : [мет. рек.]. – Донецк : Донеччина, 1992. – 19 с.
52. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – Женева, 2002. – 213 с.
53. Дукаревич М. З. Деятельность реабилитационного клуба как одна из форм суицидальной профилактики / М. З. Дукаревич // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии : сб. научн. тр. – М. : Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1989. – С. 133–140.

54. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд / Э. Дюркгейм // Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – К. : А.Л.Д., 1996. – С. 104–148.
55. Ентус В. А. Лекарство как средство добровольного ухода из жизни / В. А. Ентус // Фармацевтический вестник: информационно-аналитическая газета. – 2004. – № 27. – С. 6 (99).
56. Ефремов В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб. : Диалект, 2004. – 479 с.
57. Зайченко А. А. Самоповреждающее поведение / А. А. Зайченко // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики : мат-лы Третьей Всерос. науч.-практ. конф. – Казань, Казанский гос. ун-т, 22-23 ноября, 2007. – Казань : ЗАО «Новое знание», 2007. – С. 381–386.
58. Зотов М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М. В. Зотов. – СПб. : Речь, 2006. – 144 с.
59. Зулкарнеева З. Р. Суицидальное поведение у жертв сексуального насилия / З. Р. Зулкарнеева // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Том 2, № 3. – С. 102–104.
60. Изард К. Эмоции человека / К. Изард. – М., 1980. – С. 52–71.
61. Ильина С. В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств / С. В. Ильина // Вопросы психологии. – 1998. – № 6. – С. 65.
62. Исаак О. В. Самоубийства в Молдове с позиций концепции Э. Дюркгейма / О. В. Исаак // Социологические исследования. – 2004. – № 12. – С. 116.
63. Исаев Д. С. Психология суицидального поведения : [методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суицидология»] / Д. С. Исаев, К. В. Шерстнёв. – Самара, 2000.
64. Как нам уменьшить число самоубийств в Украине. Проект междисциплинарной программы суицидальной превенции. – Одеса, 2007. – 50 с.
65. Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде / А. Камю // Бунтующий человек. – М., 1990. – С. 23–92.
66. Каневський В. І. Дефіцит саморозвитку у осіб, що вчинили суїцидальну спробу / В. І. Каневський // Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / [за ред. академіка С. Д. Максименка]. – Т. X., ч. 3, 2008. – С. 204–209.
67. Каневский В. И. Намеренность суицидального акта и целевая направленность личности у парасуицидентов в связи с

- переживаним безнадєжності / В. І. Каневський, В. А. Розанов // Журнал практикуючого психолога. – 2010. – Вип. 17. – С. 95–106.
68. Каневський В. І. О предпосылках суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии : сборник статей / Материалы Первой Международной научно-практической конференции (26 октября 2012 года) // [под общей редакцией В. В. Сулицкого]. – Горловка – Донецк, 2012. – 35 с.
69. Каневський В. І. Оценка целевой направленности личности в раннем периоде после суицидальной попытки / В. І. Каневський, В. А. Розанов // Таврійський журнал психіатрії. – В. 10. – № 3 (36). – 2006. – С. 79–85.
70. Каневський В. І. Переживання безнадєжності в період ближайшого постсуїцида / В. І. Каневський // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / [за ред. академіка С. Д. Максименка]. – Т. 7: Екологічна психологія. – Вип. 18: Психологія освітнього простору. – Миколаїв, 2008. – С. 166–169.
71. Каневський В. І. Події життя і парасуїцидальна поведінка / В. І. Каневський // Наукові праці : науково-методичний журнал. – Вип. 133. Т. 146. Соціологія. – Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2010. – С. 99–102.
72. Каневський В. І. Проблема парасуїцидальної особистості в контексті суїцидальної ситуації / В. І. Каневський, Я. В. Васильєв // Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія : зб. наук. праць / [за ред. С. Д. Максименка]. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – Том X. – Вип. 17. – С. 201–211.
73. Каневський В. І. Психологические особенности парасуицидального поведения личности : дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / В. І. Каневський. – Київ, 2011. – 287 с.
74. Каневський В. І. Типология целевой направленности личности и личность суицидента / В. І. Каневський // Науковий вісник МДУ ім. В. О. Сухомлинського. Збірник наукових праць / [за ред. академіка С. Д. Максименка, Н. О. Евдокимової]. – Т. 2. Психологічні науки. – Вип. 4. – 2010. – С. 100–104.
75. Каневський В. І. Цільова спрямованість суїцидентів / В. І. Каневський // Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / [за ред. академіка С. Д. Максименка]. – Вип. 26, Т. 2. – Київ, 2005. – С. 202–204.
76. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – СПб., 2000.

77. Каргин А. М. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки / А. М. Каргин, А. Б. Холмогорова, В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С. 15–20.
78. Керлот Х. Э. Словарь символов / Х. Э. Керлот. – М. : REFL-book, 1994. – 608 с.
79. Конончук Н. В. О психологическом смысле суицидов / Н. В. Конончук // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10. – № 5. – С. 95–102.
80. Копець Л. В. Психологія особистості / Л. В. Копець. – Київ : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2008. – 458 с.
81. Короленко Ц. П. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. – Новосибирск : Наука, 1990. – 224 с.
82. Краткий толковый психолого-психиатрический словарь / [под ред. igisheva]. – 2008.
83. Кречмер Э. Медицинская психология / Э. Кречмер. – М. : Кооп. изд-во «Жизнь и Знание», 1927. – С. 13.
84. Лаак Я. Big 5: Как измерить человеческую индивидуальность: Оценки и описания / Я. Лаак, Г. Бругман ; [пер. с англ. М. К. Павловой]. – М. : Книжный дом «Университет», 2003. – 112 с.
85. Лазсло Д. Терапия через интернет / Д. Лазсло, Г. Истерман, Ш. Забко ; [перевод В. Ю. Меновщикова, Е. Паньковой] // Психотерапия онлайн. – 2009. – № 1 – С. 6–31.
86. Ласый Е. В. Анализ распространенности суицидов в Республике Беларусь / Е. В. Ласый // Медицина. – 2004. – № 3. – С. 6–10.
87. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард ; [пер. с нем.] – Киев : Вища школа. Главное изд-во, 1981. – 392 с.
88. Леонтьев Д. А. Экзистенциальный смысл суицида: жизнь как выбор / Д. А. Леонтьев // Московский психотерапевтический журнал. – 2008. – № 4. – С. 58–81.
89. Личко А. Е. Психопатия и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л. : «Медицина», 1983. – С. 77.
90. Магурдумова Л. Г. Суицидоопасные состояния у лиц инволюционного возраста, меры их предупреждения и лечения / Л. Г. Магурдумова // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Моск. НИИ психиатрии. – Т. 3. – М., 1981. – С. 141–150.
91. Мансурова И. С. Особенности выраженности надежды в связи с удовлетворенностью жизнью и оценкой значимых событий : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / И. С. Мансурова. – Ростов-на-Дону, 2008. – 26 с.

92. Мансурова И. С. Оценка жизненных событий и формирование диспозиции «Надежда/Безнадежность» / И. С. Мансурова // Тезисы Третьего Ярославского методологического семинара. – 2003. – С. 272–275.
93. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / А. Маслоу. – М. : Смысл, 1999. – 425 с.
94. Менингер К. Война с самим собой / К. Менингер. – М. : «ЭКСМО-Пресс», 2000. – 467 с.
95. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями / В. Ю. Меновщиков. – 2-е изд., стер. – М. : Смысл, 2005. – 182 с.
96. Морев М. В. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения / М. В. Морев, А. А. Шабунова, К. А. Гулин. – Вологда, 2010.
97. Мягков А. Ю. Темпоральные характеристики самоубийств / А. Ю. Мягков // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 83–92.
98. Мацумото Д. Психология и культура: Современная исследования / Д. Мацумото. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, Изд. Дом «Нева» ; ОЛМА-Пресс, 2002. – 416 с.
99. Мякинен И. Х. Некоторые социальные факторы самоубийства Д. Вассерман / И. Х. Мякинен, Д. Вассерман // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / [ред. Д. Вассерман]. – М. : Смысл, 2005. – С. 114–123.
100. Назарова И. Б. Здоровье занятого населения : [монография] / И. Б. Назарова ; Гос. ун-т – высшая школа экономики. – М. : МАКС-Пресс, 2007. – 526 с.
101. Овчаренко В. Сабина Шпильрейн: под знаком деструкции / В. Овчаренко // Логос. – 1994. – № 5. – С. 239–256.
102. Орел В. Е. Разработка русскоязычной версии личностного теста NEO PI-R. Рук / В. Е. Орел, А. А. Рукавишников, И. Г. Сенин // Деп. В ИНИОН № 52220 9.10.97.
103. Осипова Е. В. Социология Эмиля Дюркгейма / Е. В. Осипова. – М., Наука, 1977. – С. 279.
104. Павлов И. П. О самоубийствах. Лекция прочитана в Военно-медицинской академии 11 сентября 1913 г. / И. П. Павлов // Медицинская газета. – 1999. – 28 мая. – С. 15.
105. Паперно И. Самоубийство как культурный институт / И. Паперно. – М. : Новое литературное обозрение, 1999. – 256 с.

106. Пилягіна Г. Я. Проблема саморуйнуючої поведінки серед населення України / Г. Я. Пилягіна, М. І. Винник // *Новости медицины и фармации*. – 2007. – № 215. – С. 10–11.
107. Пилягина Г. Я. Анализ отдельных аспектов реализации суицидальных попыток и их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения / Г. Я. Пилягина, С. А. Чумак, В. Э. Семенцул // *Архів психіатрії*. – 2006. – Т. 12. – № 1-4. – С. 240–250.
108. Погодин И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты : [учеб. пособие] / И. А. Погодин. – М. : Флинта : МПСИ, 2008. – 336 с. – С. 26.
109. Поддубко Е. Н. Суицидальные действия у жителей сельской местности, поступивших на лечение в психиатрическую больницу / Е. Н. Поддубко, И. Л. Вовк, Ж. И. Белостоцкая // *Український вісник психоневрології*. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (додаток). – С. 225.
110. Помро К. Суицидальное поведение в юношеском возрасте / К. Помро, М. Делорм, Ж.-М. Дрюо, Ф.-П. Тедо // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1997. – № 3. – С. 63–67.
111. Пурич-Пейякович Й. Самоубийство у подростков / Й. Пурич-Пейякович, Д. Дуньич. – М. : Медицина, 2000.
112. Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков / Х. Ремшмидт, Х. Мемшмидт ; [пер. с нем.]. – М. : Мир, 2000.
113. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс. – М. : Прогресс-Универс, 1994. – 401 с.
114. Ролевой тренинг как специфическая методика в комплексной психотерапии кризисных состояний : [методические рекомендации]. – М., 1989. – 21 с.
115. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. – СПб. : Речь, 2004. – 256 с.
116. Руженков В. А. К вопросу об уточнении содержания понятия «аутоагрессивное поведение» / В. А. Руженков, Г. А. Лобов, А. В. Боева // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. – 2008. – № 32. – С. 20–25.
117. Руководство по телефонному консультированию. Metro Crisis Line, г. Портленд (штат Орегон), США Metro Crisis Training Manual / [перевод Телефон Доверия]. – Щелково, Московская область, 1996.

118. Савенко Ю. Алкогольные суициды по данным теста Роршаха / Ю. Савенко // Тезисы докладов конференции «Проблемы патопсихологии». – М., 1972. – С. 169–173.
119. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ / Л. Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2007. – 218 с.
120. Соломон Э. Демон полуденный. Анатомия депрессии / Э. Соломон. – М. : ООО Изд-во «Добрая книга», 2004. – с. 672, С. 346.
121. Сорокин П. А. Самоубийство как общественное явление / П. А. Сорокин // Социс. – 2003. – № 2. – С. 104–114.
122. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005. – 375 с.
123. Статистика смертности и травматизма населения Украины в 2007-2008 годах для учета в страховых тарифах. Обзор подготовлен на основе национального доклада МЧС Украины «О состоянии техногенной безопасности в Украине» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://forinsurer.com>.
124. Статистична інформація Держкомстату України від 23.01.2012 за № 19/1-20/69П.
125. Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – К. : А.Л.Д., 1996. – 216 с.
126. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
127. Тихоненко В. А. Жизненный смысл выбора смерти / В. А. Тихоненко // Человек. – М., 1992. – № 6.
128. Тихоненко В. А. Классификация суицидальных проявлений / В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 59–73.
129. Трегубов Л. З. Эстетика самоубийства / Л. З. Трегубов, Ю. Р. Вагин. – Пермь : КАПИК, 1993. – 268 с.
130. Франкл В. Основы психотерапии. Психотерапия и религия / В. Франкл. – СПб. : Речь, 2000. – С. 187–195, 213, 217–280.
131. Фрейд З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – К. : А.Л.Д., 1996. – С. 149–160.
132. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // Психология бессознательного. Сборник произведений / З. Фрейд; составитель, научный редактор, автор вступительной статьи М. Г. Ярошевский. – М. : Просвещение, 1989. – С. 382–424.
133. Фромм Э. Душа человека / Э. Фромм. – М. : Республика, 1992. – 430 с.

134. Фрэзер Д. Д. Золотая ветвь. Исследование магии и религии / Д. Д. Фрэзер ; [пер. с англ.]. – 2-е изд. – М. : Политиздат, 1983. – 703 с.
135. Хиллман Дж. Самоубийство и душа / Дж. Хиллман ; [пер. с англ. В. В. Зеленского]. – М. : Когито-центр, 2004. – 257 с.
136. Хорни К. Собрание сочинений : в 3 т. / К. Хорни. – М. : Смысл, 1997. – Т. 1: Психология женщины; Невротическая личность нашего времени. – 1997. – 496 с.
137. Хоф А. ван. Женские суициды в античном мире: между вымыслом и фактом / А. ван Хоф // «Вестник древней истории». – 1991. – № 2. – С. 18–43.
138. Хэмбли Г. Телефонная помощь / Г. Хэмбли. – Одесса, 1992.
139. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство / Г. Чхартишвили. – М. : Новое литературное обозрение, 1999.
140. Шенкао М. А. Смерть как социокультурный феномен / М. А. Шенкао. – К. : Ника-Центр, 2004. – 315 с.
141. Шир Е. Суицидальное поведение у подростков / Е. Шир // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – № 10. – С. 1556–1561.
142. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман ; [пер. с англ. Ю. О. Донец]. – М. : Смысл, 2001. – 315 с.
143. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. П. Шустов. – М. : Когито-центр, 2005. – 213 с.
144. Юнг К.-Г. Либи́до, его метаморфозы и символы / К.-Г. Юнг. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1994. – 415 с.
145. Юнг К.-Г. Психология бессознательного / К.-Г. Юнг. – М. : Канон, 1994. – 320 с.
146. Юнг К.-Г. Синхронистичность / К.-Г. Юнг. – М. : Рефл-бук Ваклер, 1997. – 316 с.
147. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 470 с.
148. Abramson L. Y. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression / L. Y. Abramson, G. I. Metalsky, L. B. Alloy / Psychological Review. – 1989. – № 96. – P. 49–74.
149. Aish A-M. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? / A-M. Aish, D. Wasserman // Psychological Medicine. – 2001. – № 31. – P. 367–372.
150. Anderson P. L. Additive Impact of Childhood Emotional, Physical, and Sexual Abuse on Suicide Attempts among Low Income African American Women / P. L. Anderson, J. A. Tiro, A. W. Price et al. // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2002. – Vol. 32, № 2. – P. 131–138.

151. Bech P. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comprision of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-five well-being scale / P. Bech, L. R. Olsen, M. Kjoller, N. K. Rasmussen. – International Journal of Psychiatric Reaserch. – P. № 12 (2). – P. 85–91.
152. Beck A. T. The nosology of suicidal phenomena: past and future perspectives / A. T. Beck, R. Greenberg // Bull. of Suicidology. – 1971. – № 8. – P. 10–17.
153. Beck F. T. Clinical predictors of eventual suicide: A five to ten year prospective study of suicide attempters / F. T. Beck, R. A. Steer // Journal of Affective Disorders. 1989. – № 17. – P. 203–209.
154. Betts J. D. Towards a Jungian Theory of Suicide : Questions / J. D. Betts. – May, 2003.
155. Bursztein C. Adolescent suicide / C. Bursztein, A. Apter // Current Opinion in Psychology. – 2008. – Vol. 22. – № 1.
156. Cedereke M. Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months // M. Cedereke и A. Ojehagen Eur Psychiatry. – 2005, Mar. – № 20 (2):P. 101– 109.
157. Chioqueta A. P. Stiles. Personality traits and the development of depression, hopelessness and suicide ideation / A. P. Chioqueta, C. Tore // Personality and Individual Differences. – Vol. 38. – Issue 6. – April, 2005. – P. 1283–1291.
158. Costa P. T. Manual for the NEO Personality Inventory / P. T. Costa, R. R. McCrae. – Odessa, Fla. : Psychological Assessment resources Inc., 1985.
159. De Leo D. Psychogeriatric Service, University of Padova c/o Ospedale Geriatrico / D. De Leo, W. Padoani, J. Lonqvist, A. J. Kerkhof, U. Bille-Brahe, K. Michel, E. Salander-Renberg, A. Schmidtke, D. Wasserman, F. Caon, P. Scocco, Via Vendramini. 7, 35137, Padova, Italy.
160. Digman J. M. Personality structure: Emergense of the five-factor model / J. M. Digman // Annual review of Psychology. – № 41. – P. 417–440.
161. Dublin L. Suicide / L. Dublin. – N. Y. : The Ronald Press, 1963.
162. Edwards J. E. Suicide and attempted suicide in Brisbane / J. E. Edwards, F. A. Whitlock // Medical Journal of Australia. – 1968. – Vol. 1. – № 6. – P. 932–938.
163. Exner J. E. The Rorschach: A Comprehensive System: Vol. 1. Basic foundations / J. E. Exner. – New York : Wiley, 1993.
164. Farberow N. L. Personality patterns of suicide mental hospital patients / J. E. Exner // Genet. Psychol. Monogr. – 1950. – № 42. – P. 3–79.

165. Fernquist R. M. Societal integration and agestandardized suicide rates in 21 developed countries, 1955-1989 / R. M. Fernquist, P. Cutright // *Social Science Research*. – 1998. – Vol. 27. – № 2. – P. 109–127.
166. Feuerlein W. Selbstmordversuch oder parasuizida-le Handlung? / W. Feuerlein // *Nervnarzt*. – 1971. – № 42. – P. 127–130.
167. Frank E. Self-Reported Depression and Suicide Attempts Among U. S. Women Physicians / E. Frank, A. D. Dingle // *Am. J. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156, Dec. – P. 1887–1894.
168. Frankl V. E. The unconscious God. Psychotherapy and Theology / V. E. Frankl New York : Simon & Shuster, 1975. – P. 96.
169. Gailiene D. Suicide in Lithuania / D. Gailiene, V. Domanaskiene, V. Keturakis // *Arch Suicide Res*. – 1995. – P. 149–158.
170. Hassan R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note / R. Hassan // *Australian and New Zealand Journal of Sociology*. – 1994. – Vol. 30. – № 2. – P. 194–202.
171. Hawton K. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study [Electronic source] / K. Hawton, L. Harriss, K. Hodder, S. Simkin, D. Gunnell // *Psychological Medicine*. – 2001. – № 31. – P. – 827–836. – Mode of access : <http://www.psypsor.org/1998/23/3-1.php>.
172. Hawton K. Suicide / K. Hawton, K. van Heeringen // *Lancet*. 2009. – № 373 (9672). – P. 1372–1381.
173. Henden J. Preventing Suicide: the Solution Focused Approach / J. Henden. – N. Y., 2008.
174. Henninger J. Sacrifice. In Eliade M. (Ed.) / J. Henninger. – *The Encyclopedia of Religion*. – Vol. – 12. London : MacMillan Publishing. – P. 550.
175. Jamison K. R. Night Falls Fast / K. R. Jamison. – Random House, 2001. – P. 133–144.
176. Jensen B. F. Selvmordsforsøg i Fyns Amt i perioden 1990-2003 / B. F. Jensen, E. Christiansen. – *Nyt fra Center for Selvmordsforskning*, 2005. – №. 4.
177. King S. A. Internet therapy and self help groups – the pros and cons. [Electronic source] / S. A. King. – Mode of access : <http://rdz.stjohns.edu/~storm/Chapter5/therapy.html>.
178. Likhvar V. Relation between temperature and suicide mortality in Japan in the presence of other confounding factors using time-series analysis with a semiparametric approach / V. Likhvar, Y. Honda, M. Ono. – *Environ Health Prev Med*. – 2011. – 16 (1). – P. 36–43.

179. Maldonado G. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase / G. Maldonado, J. F. Kraus // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 1991. – Vol. 21. – № 2. – P. 174–188.
180. Maltzberger J. T. *Suicide risk: The formulation of clinical judgment* / J. T. Maltzberger. – New York : New York University Press, 1986.
181. Mandelli L. The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: an investigation in a high risk sample of male prisoners / L. Mandelli, V. Carli, A. Roy, I. A. Serrett, M. Sarchiapone. *J. Psychiatr Res.* – 2011, Jun. – № 45 (6). – P. 742–7. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.005. Epub 2010 Nov 27. Institute of Psychiatry, University of Bologna, Bologna, Italy.
182. Mann J. J. The neurobiology of suicide / J. J. Mann // *Nature medicine*. – 1998. – V. 4. – № 1. – P. 25–30.
183. McCrae R. Personality trait structures as a human universal / R. McCrae P. Costa // *American Psychologist*. – Vol. 52. – № 5. – P. 509–516.
184. Miller N. S. Suicide Risk associated with drug and alcohol dependence / N. S. Miller, J. C. Mahler, M. S. Gold, J. Addict. Dis. – 1991. – Vol. 10. – № 3. – P. 46–61.
185. Morselli H. *Suicide: An Essay on Comparative Moral Statistics* / H. Morselli. – N. Y. : D. Appleton and Co., 1998.
186. Moss L. The Psychotherapy of the Suicidal Patient / L. Moss, D. Hamilton // *American Journal of Psychiatry*. – 1956. – № 122.
187. Owens D. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. / D. Owens, J. Horrocks, A. House, *Br. J. Psychiatry*. – 2002. – № 181. – P. 193–199.
188. Pfeffer C. R. Subtypes of suicidal and assaultive behaviors in adolescent psychiatric / C. R. Pfeffer, J. Newcorn, G. Kaplan, M. S. Mizruchi, R. Plutchik.
189. Pompili M. Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters / M. Pompili, M. Innamorat, K. Szanto, C. Di Vittorio, Y. Conwell, D. Lester. *Psychiatry Research*. – № 186 (2-3). – P. 300–305.
190. Rancans E. Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980-98 / E. Rancans, E. Salander-Renberg L. Jacobsson // *Acta Psychiatr Scand*. – 2001. – Vol. 103. – P. 275–281.
191. Roy A. Gender in Suicide Attempt Rates and Childhood Sexual Abuse Rates: Is There an Interaction? / A. Roy, M. Janal // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2006. – Vol. 36. – № 3. – P. 329–335.

192. Schinka K. C. Association between loneliness and suicidality during middle childhood and adolescence: longitudinal effects and the role of demographic characteristics / K. C. Schinka, M. H. Van Dulmen, R. Bossarte, M. Swahn, J. Psychol. – 2012, Jan.-Apr. – № 146 (1-2). – P. 105–18.
193. Schmidtke A. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide / A. Schmidtke, U. Bille Brahe, D. De Leo // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1996. – Vol. 93. – P. 327–338.
194. Shaffer D. Suicide and attempted suicide / D. Shaffer, J. Piacentini. In: M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov. *Child and adolescent psychiatry*, 407-24. – Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1994.
195. Silverman M. M. Challenges to classifying suicidal ideation, communication, and behavior / M. M. Silverman // *International Handbook of Suicidal Prevention: Research, Policy, and Practice* / Eds. by R. C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon. Oxford, 2011.
196. Skegg K. Sexual Orientation and Self-Harm in Men and Women / K. Skegg, S. Nada-Raja, N. Dickson // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160, Mar. – P. 541–546.
197. Sorsdahl K. Associations between traumatic events and suicidal behavior in South Africa / K. Sorsdahl, D. J. Stein, D. R. Williams, M. K. Nock // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2011, Dec. – № 199 (12). – P. 928–933.
198. Stekel W. *Die Sprache des Traumes* / W. Stekel ; Verl. J. F. Dergmann. – Wiesbaden, 1911.
199. Stengel E. Enquiries into attempted suicide / E. Stengel // *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. – 1952. – № 45. – P. 613–620.
200. Stengel E. Recent Research into Suicide and Attempted Suicide / E. Stengel // *Amer. J. Psychiat.* – 1962. – 118. – P. 725–736.
201. Sullivan H. S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry* / H. S. Sullivan. – New York : Norton, 1953. – P. 246.
202. Ullman S. E. Sexual Assault History and Suicidal Behavior in a National Sample of Women / S. E. Ullman, L. R. Brecklin // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2002. – Vol. 32. – № 2. – P. 117–130.
203. Velting D. M. Personality and negative expectancies: Trait structure of the Beck Hopelessness Scale / D. M. Velting // *Personality and Individual Differences*. – Vol. 26, Issue 5, May, 1999. – P. 913–921.
204. WHO: *Mental health: suicide prevention suicide (SUPRE)*. 2012 [Electronic source]. – Mode of access : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html/.

205. WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence / World Health Organization. – Geneva, 2002. – WHO/MSD/MBD/02. – 197 p.
206. Williams C. Impulsive suicidal behavior / C. Williams, J. Davidson, I. Montgomery // *Journal of Clinical Psychology*. – 1980. – № 36. – P. 90–94.
207. Wu W. C. National differences in predictors of suicide among young and elderly citizens: linking societal predictors to psychological factors / W. C. Wu, M. H. Bond // *Arch Suicide Res*. – 2006. – № 10 (1). – P. 45–60.
208. Zahl D. L. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients / D. L. Zahl, K. Hawton, Br. J. Psychiatry. 2004 Jul ; 185:70–5. – 1369 p.
209. Zilboorg G. Suicide among civilized and primitive races / G. Zilboorg. – 1936. – № 92. – 1346 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства освіти і науки,
молоді та спорту України
29 березня 2012 року № 384

Форма № Н – 3.04

Чорноморський державний університет імені Петра Могили

Кафедра соціальної роботи, психології та педагогіки

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор (заступник ректора)
з навчальної роботи

«___» _____ 20__ року

РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

«Суїцидологія»

напрямок підготовки: 6.130102 «Соціологія»

спеціальність: _____
(шифр і назва спеціальності)

спеціалізація: _____
(назва спеціалізації)

інститут, факультет, відділення: факультет соціології

2013 рік

Робоча програма «Суїцидологія для студентів»
(назва навчальної дисципліни)

за напрямом підготовки 6.130102 «Соціологія», спеціальністю
соціальна робота «___» _____, 20__ року. – __ с.

Розробники: (к.психол.н., ст. викладач В. І. Каневський)

Робочу програму затверджено на засіданні кафедри (предметної комісії)

Протокол від «___» _____ 20__ року № ___

Завідувач кафедри
(циклової,
предметної комісії) _____ (_____)
(підпис) (прізвище та ініціали)
«___» _____ 20__ року

Схвалено методичною комісією вищого навчального закладу за
напрямом підготовки (спеціальністю) _____

(шифр, назва)

Протокол від «___» _____ 20__ року № ___

«___» _____ 20__ року Голова _____ (_____)
(підпис) (прізвище та ініціали)

© _____, 20__ рік

© _____, 20__ рік

1. Опис навчальної дисципліни

Найменування показників	Галузь знань, напрям підготовки, освітньо-кваліфікаційний рівень	Характеристика навчальної дисципліни	
		денна форма навчання	заочна форма навчання
Кількість кредитів – 1	Галузь знань _____ (шифр і назва) Напрямок підготовки _____ (шифр і назва)	Нормативна (за вибором)	
Модулів – 1	Спеціальність (професійне спрямування): _____	Рік підготовки:	
Змістових модулів – 2		3-й	–
Індивідуальне науково-дослідне завдання _____ (назва)		Семестр	
Загальна кількість годин – 69		8-й	–
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – 2 самостійної роботи студента – 5	Освітньо-кваліфікаційний рівень: _____	Лекції	
		16 год.	–
		Практичні, семінарські	
		–	–
		Лабораторні	
		–	–
		Самостійна робота	
15 год.	–		
Індивідуальні завдання: год.			
Вид контролю: залік			

Примітка

Співвідношення кількості годин аудиторних занять до самостійної й індивідуальної роботи становить:

- для денної форми навчання –
- для заочної форми навчання –

2. Мета та завдання навчальної дисципліни

Мета: дати уявлення про суїцидологію як галузь теоретичних знань та практичних застосувань, розкриття феноменології суїциду, основних теоретичних, науково-методичних змістовних і технологічних засад роботи соціального працівника з людьми, що перебувають у кризових ситуаціях, вивчення причин виникнення суїцидальних думок і намірів, освоєння основних психотехнологій консультування і надання психологічної допомоги людині, що перебуває в кризовій ситуації.

Завдання:

- ознайомити з феноменом суїциду;
- розглянути різні варіанти систематики та типології суїцидальної поведінки;
- обговорити провідні мотиви, причини, предиктори і фактори, що провокують суїцид;
- пояснити методи корекції та превенції суїцидальної поведінки.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен

знати:

- основні теоретичні та практичні напрями суїцидології;
- науково-методичні, теоретичні, змістовні й технологічні засади суїцидології;
- зміст екстреної психологічної допомоги та кризової інтервенції;
- етіологію, мотивацію аутодеструктивної поведінки;

уміти:

- проводити психодіагностику суїцидальної поведінки й оцінювати фактори ризику суїциду;
- користуватися методами корекції та попередження кризових ситуацій.

3. Програма навчальної дисципліни

Змістовий модуль 1. Вступ до суїцидології

Тема 1. Суїцидологія як галузь наукового знання

Погляд на суїцид в історії людства. Суїцид як релігійна проблема. Суїцид як етична проблема. Суїцид як філософська проблема. Становлення суїцидології як міждисциплінарної науки. Предмет та об'єкт суїцидології. Завдання, проблеми і перспективи психології суїцидальної поведінки в сучасних умовах.

Тема 2. Основні концепції суїцидальної поведінки

Соціологічна теорія Е. Дюркгейма. Психологічний підхід. Психодинамічна концепція. Природа меланхолії за З. Фрейдом. Теорія інстинкту смерті З. Фрейда. Три форми і три частини суїцидальної поведінки за К. Менінгером. 10 основних рис суїциду за Е. Шнейдеманом. Суїцид із точки зору логотерапії В. Франкла. Когнітивно-поведінковий підхід А. Бека. Медична концепція суїциду. Інтегративний підхід.

Тема 3. Проблема суїцидальної та парасуїцидальної поведінки

Поняття аутоагресивної поведінки. Види аутоагресивної поведінки. Суїцидальна поведінка як форма аутоагресивної поведінки. Проблема парасуїцидальної поведінки в суїцидології. Поняття суїцидальної ситуації.

Тема 4. Динаміка суїцидальної поведінки

Періоди суїцидальної поведінки. Особливості досуїцидального періоду. Пресуїцидальний період. Латентний пресуїцид. Суїцидальні думки та суїцидальні тенденції. Суїцидальні наміри. Період реалізації суїцидальних намірів. Типи суїцидальних дій. Суїцидальна ситуація.

Тема 5. Детермінанти суїцидальної поведінки

Економічний стан як чинник суїцидальної ситуації. Роль сім'ї у формуванні суїцидальної ідеації. Статеві та вікові аспекти суїцидальної поведінки. Негативні події в житті суїцидента: безнадійність, насильство, самотність, травматичні події. Мотиви суїцидальної поведінки. Класифікації мотивів суїцидальної поведінки.

Змістовий модуль 2. Практичні аспекти суїцидології в соціальній роботі

Тема 6. Оцінка суїцидального ризику

Ступені суїцидального ризику. Фактори суїцидального ризику. Індикатори суїцидального ризику. Ресурси (засоби вирішення проблем). Особливості діяльності соціального робітника в ситуації суїцидального ризику.

Тема 7. Діагностичний інструментарій у суїцидологічній практиці

Методики оцінки суїцидальних намірів. Шкали оцінки станів. Особистісні опитувальники. Психопатологічний профіль суїцидальної особистості. Проективні методики.

Тема 8. Психологічна допомога в суїцидальній ситуації

Сутність суїцидальної поственції. Кризова ситуація й особливості гострих суїцидальних реакцій. Основні принципи психологічної допомоги в кризовій ситуації. Модель терапевтичної бесіди з кризовим клієнтом. Форми допомоги в суїцидальній кризі: контактна та дистантна. Види дистантної допомоги: телефонне консультування, скриботерапія, консультування онлайн. Особливості групової кризової терапії.

4. Структура навчальної дисципліни

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин											
	Денна форма						Заочна форма					
	усього	у тому числі					усього	у тому числі				
		л	п	лаб.	інд.	с.р.		л	п	лаб.	інд.	с.р.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Модуль 1. Вступ до суїцидології												
Змістовий модуль 1. Вступ до суїцидології												
Тема 1. Суїцидологія як галузь наукового знання					2							
Тема 2. Основні концепції суїцидальної поведінки	11	2	2		2	6	2	2				
Тема 3. Проблема суїцидальної та парасуїцидальної поведінки	11	2	2		2	5						
Тема 4. Динаміка суїцидальної поведінки	11	2	2		2	5						
Тема 5. Детермінанти суїцидальної поведінки	11	2	2		2	5						
Разом за змістовим модулем 1	50	10	10		10	20						
Змістовий модуль 2. Практичні аспекти суїцидології в соціальній роботі												
Тема 6. Оцінка суїцидального ризику		2		2	2	5						
Тема 7. Діагностичний інструментарій у суїцидологічній практиці		2		2	2	5						
Тема 8. Психологічна допомога в суїцидальній ситуації		2		2	2	5						
Разом за змістовим модулем 2	33	6		6	6	15						
Усього годин	83	16		16	16	35						

5. Теми семінарських занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Суїцидологія як галузь наукового знання	2
2	Основні концепції суїцидальної поведінки	2
3	Проблема суїцидальної та парасуїцидальної поведінки	2
4	Динаміка суїцидальної поведінки	2
5	Детермінанти суїцидальної поведінки	2

6. Теми практичних занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Оцінка суїцидального ризику	2
2	Діагностичний інструментарій у суїцидологічній практиці	2
3	Психологічна допомога в суїцидальній ситуації	2

7. Самостійна робота

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Теорії суїцидальної поведінки	5
2	Види аутоагресивний поведінки	5
3	Депресивні стани суїцидентів. Написання есе-аналізу оповідання Л. Андресва «Мовчання»	5
4	Розширене самогубство. Написання есе-аналізу оповідання Ю. Місімі «Патріотизм»	5
5	Релігійні погляди на самогубство	5
6	Евтаназія	5
7	Саморозвиток особистості та суїцидальна поведінка	5
	Разом	5

8. Теми реферативних робіт

1. Епідеміологічні дані й рівень поширеності суїцидів.
2. Суїцидологія як особлива міждисциплінарна галузь знань.
3. Поняття суїциду та суїцидальної поведінки.
4. Закономірності, що впливають на суїцидальну активність (Е. Дюркгейм).
5. Феномен суїциду в історичній перспективі.
6. Психопатологічні концепції самогубства.
7. Соціологічний підхід до розуміння суїцидів.
8. Психологічне розуміння суїциду.
9. Форми суїцидальної поведінки: справжній суїцид, афективний суїцид, демонстративно-шантажна поведінка.
10. Фактори суїцидального ризику.
11. Суїцид як деструктивний спосіб виходу з кризи.
12. Особистість самогубця.
13. Особливості суїцидальної поведінки в окремих вікових та професійних групах.

14. Прогнозування суїцидальної поведінки з метою первинної та вторинної профілактики.
15. Особливості проведення клініко-психологічного інтерв'ю під час оцінки суїцидального ризику.
16. Сучасні методичні підходи до діагностики суїцидальної поведінки.
17. Кризова терапія та програми щодо запобігання суїцидів.
18. Основні напрями профілактики самогубств.
19. Психологічна корекція суїцидальної поведінки.
20. Програми кризової терапії.

9. Методи контролю Тестові завдання до матеріалу курсу

1. Три основні типи суїцидальної поведінки підлітків – істинний, афективний, демонстративний – виділив(-а):

- 1) А. Г. Амбрумова;
- 2) Н. Н. Моховиков;
- 3) А. Є. Личко;
- 4) К. Хорні.

2. Акт навмисного самоушкодження, що не призвів до смерті – це:

- 1) пресуїцид;
- 2) парасуїцид;
- 3) суїцид.

3. Загальною метою суїциду є:

- 1) припинення свідомості;
- 2) утеча (егресія);
- 3) знаходження рішення.

4. «Сеппуку» є ритуальним самогубством:

- 1) Індії;
- 2) Давньої Русі;
- 3) імператорського Китаю;
- 4) Японії.

5. Суїцидальні задуми – це:

- 1) продумування способів, місця і часу самогубства;
- 2) уявлення, фантазії на тему своєї смерті;
- 3) виникнення суїцидальних думок до спроби їх реалізації.

6. До теорії З. Фрейда про суїцид належить таке твердження:

- 1) бажання померти, убити, бути вбитим;
- 2) несвідоме прагнення людини до духовного переродження;
- 3) у людині існує два основні потяги: Ерос – інстинкт життя і

Танатос – інстинкт смерті;

4) людина опиняється у кризовій ситуації, наštовхується на перешкоду, з якої починається «втеча» до суїциду, втрачається почуття спільності; між людиною та оточуючими встановлюється «дистанція».

7. Суїцидоманія – це:

- 1) думки, що пов'язані з нав'язливою ідеєю самогубства і способами його здійснення;
- 2) нав'язливий потяг: завзяте прагнення до вчинення самовбивства;
- 3) повторний замах на своє життя і дії, які спрямовані на це після невдалої суїцидальної спроби.

8. До ознак, що підвищують імовірність суїцидальної спроби в підлітка, належать:

- 1) серйозні конфлікти в навчальному закладі чи сім'ї;
- 2) втечі з дому;
- 3) різкі зміни в зовнішності та поведінці;
- 4) зловживання алкоголем або наркотиками;
- 5) інтерес до літератури релігійно-містичного або філософського характеру, міркування про сенс життя та його цінності;
- 6) почуття безнадії, тривоги, зниження настрою, плач без причини;
- 7) втрата інтересу до улюблених занять;
- 8) захоплення азартними іграми;
- 9) 2, 4, 6, 7;
- 10) усе вищезазначене;
- 11) нічого з перерахованого вище.

9. Засновником екзистенціальної теорії суїциду є:

- 1) Е. Шнейдман;
- 2) К. Хорні;
- 3) А. Адлер;
- 4) З. Фрейд;
- 5) В. Франкл.

10. До хибних уявлень про суїцид належать такі з нижченаведених тверджень:

- 1) самогубства вчиняють психічно хворі люди;

- 2) самогубству неможливо запобігти;
- 3) за наявності в анамнезі суїцидальної спроби ризик повторної спроби дуже високий;
- 4) ризик самогубства носить короткочасний характер; коли кризова ситуація минає, зазвичай настає поліпшення;
- 5) ті, хто багато говорить про самогубство, зазвичай його не здійснюють;
- 6) схильність до самогубства не успадковується і не є рисою характеру;
- 7) схильність до самогубства генетично успадковується;
- 8) ті, хто зважився на самогубство, рідко вагаються;
- 9) суїцидальна криза може тривати кілька тижнів і навіть місяців.

11. «Анемічне» самогубство за Е. Дюркгеймом – це:

- 1) самогубство, пов'язане з кризовими ситуаціями в житті, особистими трагедіями: смерть близької людини, втрата працездатності, здібності, втрата майна, нещасна любов;
- 2) самогубство, скоєне заради блага інших людей, громади;
- 3) самогубство, пов'язане з яким-небудь конфліктом, несприйнятність соціальних вимог, визначених норм поведінки, що не відповідають власним інтересам;
- 4) самогубство людей, які в силу власних особистісних особливостей не бачать подальших шляхів свого розвитку та сприймають суїцид як природне завершення свого життя.

12. Психологічним змістом дитячого і підліткового суїцидів є:

- 1) прагнення привернути увагу до свого страждання;
- 2) справжнє бажання померти;
- 3) бажання покарати кривдників;
- 4) смерть уявляється у вигляді бажаного тривалого сну;
- 5) усе вищезазначене;
- 6) нічого з перерахованого вище;
- 7) правильні відповіді 1, 3, 4.

13. Депресія ажитована – це:

- 1) рухове збудження з афектом тривоги і страху;
- 2) депресія, що супроводжується руховим порушенням, іноді доходить до шаленства;
- 3) депресія з перевагою явищ психічного і фізичного виснаження;
- 4) депресія, що розвивається в результаті психічної травми і відображає у своєму змісті травматичну ситуацію.

14. Наявність суїцидальних думок за розгорнутої клінічної картини депресії є закономірністю:

- 1) так;
- 2) ні.

15. Для суїцидента, який ризикує, характерний такий особистісний стиль:

- 1) не може висловити гнів щодо значущих осіб, які примушують відчувати незадоволеність собою;
- 2) переконаність у тому, що в проблемах, які виникають неодмінно є чиясь чи власна вина;
- 3) балансування на межі небезпеки («гра зі смертю») є привабливим і викликає приємне збудження;
- 4) сприйняття самогубства як нового і привабливого способу виходу з нерозв'язної ситуації;
- 5) переживання порожнечі навколо, смутку або глибокої скорботи.

16. Передумовою аутодеструктивної поведінки та суїциду є:

- 1) апатія;
- 2) невіра в особисті перспективи;
- 3) зниження творчої та вітальної активності в результаті психічної травми;
- 4) усе вищезазначене;
- 5) нічого з перерахованого вище.

17. Аутоагресія – це:

- 1) завдання собі тілесних ушкоджень;
- 2) самозвинувачення;
- 3) суїцидальна поведінка;
- 4) агресивні дії, що спрямовуються суб'єктом на самого себе;
- 5) усе вищезазначене;
- 6) нічого з перерахованого вище.

18. До факторів генези суїциду за психічних розладів належать:

- 1) психопатологічні порушення;
- 2) вплив навколишнього середовища, що зумовлює ускладнення адаптації або чинить прямий психотравматичний вплив;
- 3) амбівалентне ставлення до суїциду;
- 4) усе вищезазначене;
- 5) нічого з перерахованого вище;
- 6) правильні відповіді 1, 2.

19. Оцініть ступінь ризику суїциду: пацієнт скаржиться на пригнічений настрій, висловлює думки про самогубство, під час докладного опитування, місяць тому був скорочений з роботи, живе сам, виплачує кредит за квартиру, не має коштів або плану самогубства:

- 1) низька;
- 2) середня;
- 3) висока.

20. Самогубство, яке вчинене заради блага інших людей або суспільства, називається:

- 1) фаталістичне;
- 2) анемічне;
- 3) егоїстичне;
- 4) альтруїстичне.

21. Основною причиною суїцидальних дій за А. Г. Амбрумовою вважається:

- 1) соціально-психологічна дезадаптація особистості;
- 2) соматичне захворювання;
- 3) сімейно-побутові труднощі;
- 4) відчуття професійної некомпетентності.

22. Поственція – це:

- 1) допомога суїциденту після невдалої спроби самогубства;
- 2) акт навмисного самоушкодження, що не призвів до смерті;
- 3) процес допомоги сім'ї і друзям після суїциду близької людини.

10. Питання до заліку

1. Проблема аутодеструктивної поведінки. Суїцид – крайній варіант саморуйнівної поведінки.
2. Поняття про суїцидологію. Огляд світової та російської статистики щодо поширення суїцидів.
3. Евтаназія. Моральні проблеми.
4. Поняття суїцидальної поведінки. Форми суїцидальної поведінки.
5. Психопатологічні концепції та медичні причини суїцидів.
6. Соціологічний підхід до пояснення суїцидальної поведінки.
7. Психодинамічна модель суїцидальної поведінки.
8. Психологічний зміст суїцидальної поведінки в екзистенційно-гуманістичному підході.

9. Когнітивно-поведінкова теорія суїцидальної поведінки.
10. Сучасна інтеграційна концепція суїцидальної поведінки.
11. Етапи суїцидальної поведінки.
12. Структура суїцидальної кризи.
13. Мотивація суїцидальної поведінки.
14. Причини, приводи, умови суїцидальної поведінки.
15. Динаміка суїцидальної поведінки.
16. Соціально-середовищні фактори суїцидального ризику.
17. Індивідуально-психологічні особливості у формуванні суїцидальної поведінки.
18. Біологічні та психолого-психіатричні фактори ризику суїцидальної поведінки.
19. Роль алкогольного чинника в суїцидальній поведінці.
20. Індикатори суїцидального ризику.
21. Антисуїцидальні фактори. Протисуїцидальні захисні мотиваційні комплекси.
22. Особливості прояву суїцидальної поведінки в дитячому та підлітковому віці.
23. Особливості суїцидальної поведінки в окремих професійних групах.
24. Вікові та гендерні аспекти суїцидальної поведінки.
25. Особливості прояву суїцидальної поведінки співробітників правоохоронних органів.
26. Особливості прояву суїцидальної поведінки військовослужбовців.
27. Методи діагностики суїцидальної поведінки.
28. Оцінка ризику самогубств.
29. Основні напрями сучасних досліджень суїцидальної поведінки.
30. Профілактика суїцидальної поведінки. Медична, соціологічна, екологічна моделі превенції.
31. Консультування суїцидальних клієнтів. Принципи консультування суїцидального клієнта.
32. Прийоми індивідуальної антисуїцидальної терапії.
33. Етапи і форми кризової психотерапії.
34. Робота із суїцидальними клієнтами в рамках групової кризової психотерапії.
35. Основні принципи роботи з суїцидентами на телефоні довіри.

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для іспиту, курсового проєкту (роботи), практики	для заліку
90-100	A	відмінно	зараховано
82-89	B	добре	
74-81	C		
64-73	D		
60-63	E	задовільно	
35-59	FX	незадовільно з можливістю повторного складання	незараховано з можливістю повторного складання
0-34	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

11. Рекомендована література

Базова

1. Амбрумова А. Г. Пути и становление отечественной суицидологии / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4.
2. Амбрумова А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978.
3. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения: метод, рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980.
4. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом / А. Бек // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003 – № 1.
5. Бородин С. В. Мотивы и причины самоубийства / С. В. Бородин, А. С. Михлин // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978.
6. Вагин Ю. Р. Развитие феноменологической суицидологии / Ю. Р. Вагин // Проблемы суицидологии : [сб. научных работ] / [под ред. С. М. Уманского и П. Б. Зотова]. – Тюмень : Вектор-Бук, 2003.
7. Гишинский Я. И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии : [учебное пособие] / Я. И. Гишинский, П. И. Юнацкевич. – СПб., 1999.
8. Горская М. В. Диагностика суицидального поведения у подростков / М. В. Горская // Вестник психосоциальной и психокоррекционной работы. – 1994. – № 1.

9. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический етюд / Э. Дюркгейм ; [пер. с фр.] ; Изд. подгот. В. А. Луков. – СПб. : Союз, 1998.
10. Егоров А. Ю. Расстройства поведения у подростков. Клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб. : Речь, 2005.
11. Ефремов В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб. : Диалект, 2004.
12. Зотов М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М. В. Зотов. – СПб., 2006.
13. Конончук Н. В. О психологическом смысле суицидов / Н. В. Конончук // Психологический журнал. – Т. 10, № 5. – 1989.
14. Лапицкий М. А. Суицидальное поведение / М. А. Лапицкий, С. В. Ваулин. – Смоленск : СГМА МЗ РФ, 2000.
15. Ласый Е. В. Диагностика и профилактика суицидального поведения в общемедицинской практике : [методические рекомендации] / Е. В. Ласый. – Минск, 1999.
16. Леенарс А. А. Анализ предсмертных записок из России и Соединенных Штатов / А. А. Леенарс, Д. Лестер, А. А. Лопатин, Д. И. Шустов, С. Венштерн // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3.
17. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – М. : Смысл, 2001. – Гл. 21. Суицидальное поведение.
18. Перехов А. Я. Психолого-психиатрические аспекты самоубийств / А. Я. Перехов, И. В. Дубатова. – Ростов н/Д, 2002.
19. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005.
20. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. – М. : Смысл, 2001.

Допоміжна

1. Амбрумова А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике / А. Г. Амбрумова // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983.
2. Амбрумова А. Г. О ситуационных реакциях подростков в суицидологической практике / А. Г. Амбрумова, Е. М. Вроно // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – № 10.
3. Амбрумова А. Г. Пути и становление отечественной суицидологии / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4.

4. Амбрумова А. Г. Клинико-статистический анализ попыток по г. Москва за 1996 год / А. Г. Амбрумова, В. М. Гилод, Т. В. Сепуховитина, И. С. Эльскис, М. М. Андрончиков // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8. – Вып. 2.
5. Амбрумова А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978.
6. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб., 2003.
7. Бородин С. В. Мотивы и причины самоубийства / С. В. Бородин, А. С. Михлин // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978.
8. Войцех В. В. Факторы риска повторных суицидальных попыток / В. В. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3.
9. Гилинский Я. И. Основные тенденции самоубийств в России: социологический анализ / Я. И. Гилинский, Г. Румянцева // Петербургская социология. – № 1. – 1997.
10. Гилинский Я. И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии : [учебное пособие] / Я. И. Гилинский, П. И. Юнацкевич. – СПб., 1999.
11. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция / Э. Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема в трудах философов, социологов, психотерапевтов в художественных текстах / [составитель А. Н. Моховиков]. – М. : Когито-Центр, 2001.
12. Егоров А. Ю. Расстройства поведения у подростков. Клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб. : Речь, 2005.
13. Ефремов В. С. Депрессия и суицид / В. С. Ефремов, В. А. Точиллов // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. – СПб., 2000.
14. Зотов М. В. Внимание к мотивационно значимым стимулам как основа методического подхода к исследованию мотивации и его реализация на примере оценки суицидальных тенденций / М. В. Зотов, В. М. Петрукович // Современная психология: состояние и перспективы. – М., 2002.
15. Зотов М. В. Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал». Руководство пользователя / М. В. Зотов, В. М. Петрукович, В. Н. Сысоев. – СПб., 2003.

16. Конончук Н. В. О психологическом смысле суицидов / Н. В. Конончук // Психологический журнал – 1989. – Т. 10, № 5.
17. Короленко Ц. П. К вопросу о выделении больных с повышенным суицидальным риском по психологическим критериям / Ц. П. Короленко, А. Л. Галин // Журнал невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1978. – Т. 78, № 3.
18. Крыжановская Л. А. Особенности суицидального поведения в США / Л. А. Крыжановская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, Вып. 3.
19. Ласый Е. В. Диагностика и профилактика суицидального поведения в общей медицинской практике : [методические рекомендации] / Е. В. Ласый. – Минск, 1999.
20. Леенарс А. А. Анализ предсмертных записок из России и Соединенных Штатов / А. А. Леенарс, Д. Лестер, А. А. Лопатин, Д. И. Шустов, С. Венштерн // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3.
21. Лекомцев В. Т. Социальные дисфункции и саморазрушающее поведение / В. Т. Лекомцев, Е. А. Панченко. – Ижевск : Изд. Дом «Удмуртский университет», 2002.
22. Литвинцев С. В. Диагностика и профилактика суицидального поведения военнослужащих / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко, И. Г. Попик // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 8. – С. 18–22.
23. Личко А. Е. Саморазрушающее поведение у подростков / А. Е. Личко, Ю. В. Попов // Социальная психиатрия. Функциональные и прикладные исследования. – Л., 1990.
24. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – М., 2006.
25. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – М. : Смысл, 2001. – Гл. 21. Суицидальное поведение.
26. Попов Ю. В. Границы и типы саморазрушающего поведения у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков / Ю. В. Попов. – Л. : Изд. Инст-та им. В. М. Бехтерева, 1991.
27. Пурич-Пейякович Й. Самоубийство подростков / Й. Пурич-Пейякович, Д. И. Дуньич. – М., Медицина, 2000.
28. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике / А. Б. Смулевич. – М. : Изд-во «Берег», 2000.
29. Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / [сост. А. Н. Моховиков]. – М., 2001.

30. Султанов А. А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста / А. А. Султанов // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983.
31. Телефонная психотерапевтическая помощь – Телефон Доверия в системе социально-психологической службы : [метод. рекомендации] / [сост. проф. А. Г. Амбрумова, А. М. Полев]. – 1988.
32. Трегубов Л. З. Эстетика самоубийства / Л. З. Трегубов, Ю. Р. Вагин. – Пермь, 1993.
33. Федотов Д. Д. О реактивно-обусловленных суицидальных попытках в детском, подростковом и юношеском возрасте / Д. Д. Федотов, А. С. Чудин, С. А. Саркисов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1978. – № 10.
34. Херперц-Дальманн Б. Депрессивные синдромы и суицидальные действия / Б. Херперц-Дальманн // Психотерапия детей и подростков / [под ред. Х. Ремшмидта]. – М., 2000.
35. Шир Е. Суицидальное поведение у подростков / Е. Шир // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1984. – № 10.
36. Шнейдман Э. В тени самоубийства / Э. Шнейдман. – М. : Смысл, 2002.
37. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М. : Смысл, 1998.

12. Електронні ресурси

1. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.pobedish.ru/>.
2. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nosuicid.ru/>.
3. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.oksanochka.com>.
4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.lossofsoul.com/>.
5. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://palatab.net/>.

ДОДАТОК 2

Шкали оцінки суїцидального ризику та суїцидальних думок

Більшість шкал та опитувальників запропоновано
в російській редакції

Шкала для оцінки суїцидального ризику

Шкала для оцінки суїцидального ризику
(розроблена К. Смитом, Р. Конроем, Б. Елером в 1984 г.
і усовершенствована в 1991 г. Б. Бонгаром)

0.0. Смерть в результаті суїцидального поведіння неможлива, суїцидальний ризик мінімальний.

Самопори. Легкі царапини, які не порушують цілісності шкіри; звичайно наносяться неострими жорсткими отруйними язичками, кусками пластмаси, шпильками, скрепками; відкриття старих ран також відноситься до цієї категорії.

Пероральне вживання. Сюди відноситься невелика передозировка, а також проглатування таких об'єктів, як монети, скрепки. Случаї, коли людина бере в рот шматочки скла, але не ковтає їх, також відносяться до цієї категорії.

Другі методи. Очевидно неефективні демонстративні дії, коли, наприклад, людина виходить на мороз в одному халаті, попередньо заявив, що збирається замерзнути до смерті.

1.0. Дуже висока ймовірність того, що індивід не помре.

Самопори. Мелкі порізи, які не пошкоджують сухожилля, нерви або кровоносні судини. Можуть вимагати накладання декількох швів. Порізи часто наносяться гострими предметами, наприклад бритвенним лезвом. Незначительна втрата крові. Царапини на горлі (але не порізи) відносяться до даної категорії.

Пероральне вживання. Відносно невелика передозировка або ковтання неострого скла, кераміки. Звичайно привертає увагу близьких. 20 або менше таблеток, які відпускаються без рецепта лікаря. Малі дози потенційно небезпечні для життя медикаментів.

Другі методи. Обертывание навколо шиї нитки або струни і демонстрація близьким.

2.0. Смерть як результат суїцидного дії малоймовірна.

Суїцидальне діє часто виробляється в публічному місці, о нем повідомляють суїцидент або інші люди. Хоча медична допомога цілесобразна, вона не вимагається для виживання постраждалого.

Самопореzy. Жертва может получать, но обычно не нуждается в медицинской помощи для сохранения жизни. Сюда относятся относительно неглубокие порезы острым инструментом, которые могут приводить к легкому повреждению сухожилий. Порезы рук, ног и запястий требуют наложения швов. Порезы сбоку шеи относятся к этой категории и не требуют наложения швов.

Пероральное употребление. Жертва может получать, но обычно не нуждается в медицинской помощи для сохранения жизни. 30 или меньше таблеток, отпускаемых без рецепта врача, меньше 100 таблеток слабительного. Небольшие дозы потенциально опасных для жизни медикаментов. Небольшие дозы чистящих средств или жидкостей.

Другие методы. Неопасные для жизни, обычно импульсивные и неэффективные методы, например вдыхание дезодорантов без респираторных травм, глотание нескольких острых кусочков стекла, следы неудавшейся попытки задушить себя наволочкой (ссадины, похожие на сыпь).

3.5. Смерть маловероятна при условии оказания первой помощи самой жертвой или другим лицам.

Жертва обычно сообщает о своем намерении, совершает акт публично или не принимает мер, чтобы скрыться или скрыть полученные повреждения.

Самопореzy. Глубокие порезы, в том числе с повреждениями (или разрезами) сухожилий и возможным повреждением нервов, сосудов и артерий; порезы горла требуют наложения швов, но основные кровеносные сосуды или артерии не разрезаны.

Пероральное употребление. Значительная передозировка, может соответствовать нижнему пределу смертельной дозы. Меньше 60 таблеток, отпускаемых без рецепта врача. Могут принимать большие дозы, но пациент обеспечивает вмешательство. Потенциально смертельная дозировка, но с обеспечением вмешательства (например, на виду у близких или с сообщением другому человеку о приеме в пределах часового интервала. Могут присутствовать признаки психологического дистресса – тошнота, повышенное кровяное давление, респираторные изменения, конвульсии и измененное состояние сознания на грани комы.

Другие методы. Возможны серьезные действия, о которых пациент быстро сообщает лечащему персоналу (например, затягивание тугой петли вокруг шеи на глазах у других людей).

5.0. Вероятность смерти 50/50 непосредственно в результате акта или его последствий, или же результаты применяемого метода самоубийства нельзя предсказать.

Такую оценку суицидального риска можно давать лишь в тех случаях, когда: а) детали не выяснены; б) невозможно сделать выбор в пользу 3.5 или 7.0.

Самопорезы. Серьезные порезы, приводящие к серьезным потерям крови (более 100 куб. см), с возможностью смерти. Нанесение порезов может сопровождаться приемом алкоголя или наркотиков, которые могут мешать обнаружению содеянного.

Пероральное употребление. Сообщение о приеме неопределенных, но, возможно, значительных доз опасных для жизни медикаментозных препаратов. Неизвестные дозы препаратов, малые дозы которых смертельны.

Другие методы. Потенциально опасные смертельные суицидальные действия, например попытки вставить в розетку оголенные провода в присутствии медсестры, выпрыгивание из движущегося автомобиля головой вперед, попытка выкрутить лампочку и вставить в патрон палец в присутствии других людей.

7.0. Смерть – вероятный исход, если только не будет оказана немедленная и энергичная первая помощь самой жертвой или другими лицами.

Может соблюдаться одно из следующих условий: а) жертва сообщает о суицидальном действии (прямо или опосредованно); б) жертва производит действия в публичном месте, где ей могут оказать помощь или обнаружить.

Самопорезы. Тяжелые порезы: вспарывание горла бритвой, с повреждением яремной вены, но самостоятельное обращение за помощью, порезы головы, нанесенные в уединении куском стекла, серьезная потеря крови. Непосредственное обращение за помощью после нанесения порезов.

Пероральное употребление. Потенциально смертельные препараты и дозы, которые при отсутствии медицинской помощи вызовут смерть у большинства людей. Обращение за помощью или сообщение близким о готовящейся попытке суицида.

Другие методы. Потенциально опасные, смертельные действия, выполненные таким образом, который повышает вероятность вмешательства.

8.0. Смерть обычно считается логичным результатом суицидального действия, если только жертву не спасет другое лицо при обдуманном риске (когда суицидент знает о скором приходе супруга или подруги, соседа по комнате).

Может соблюдаться одно или оба условия: а) жертва не сообщает прямо о суицидальных действиях; б) жертва действует в уединении.

Самопореzy. Глибокі порезы с быстрой и большой потерей крови. Например, у себя в палате пациентка зашла в ванную, оставила дверь открытой и глубоко разрезола себе запястье, в результате чего произошла сильная потеря крови; пациентка могла бы умереть, если бы не была обнаружена полчаса спустя лечащим персоналом при обходе.

Пероральное употребление. Очевидно смертельные дозы без сообщения о суицидальных действиях.

Другие методы. Наиболее распространено повешение и удушение, которые может привести или не привести к смерти, но совершается таким образом, что при обдуманном риске суицидальные действия могут быть прерваны.

9.0. Высокая вероятность смерти: жертву могут спасти случайное вмешательство или непредвиденные обстоятельства.

Соблюдаются два условия: а) жертва прилагает усилия к тому, чтобы отвлечь внимание своего спасителя от своих суицидальных действий; б) жертва принимает меры против обнаружения себя. Часто бывает ночью, перед сном – не сразу находят, думают, что человек спит.

Самопореzy. Тяжелые, обычно множественные порезы с большой потерей крови.

Пероральное употребление. Очевидно опасные для жизни дозы.

Другие методы. Применение очевидно опасных для жизни средств. Огнестрельное ранение в грудь, выпрыгивание головой вниз с третьего этажа, прыжок с моста в воду, смерть от удушья выхлопными газами в автомобиле.

10.0. Смерть почти неизбежна независимо от обстоятельств или вмешательства других лиц.

Большинство людей умирают после совершения суицида этого уровня суицидального риска. Очень немногие выживают по независящим от них обстоятельствам.

Самопореzy. Порезы такой же тяжести, как в категории 9.0, но вероятность вмешательства еще более низкая. Большая и быстрая потеря крови.

Пероральное употребление. Поскольку действие токсинов проявляется медленно, очень немногие случаи передозировки могут считаться настолько серьезными.

Другие методы. Прыжок с высотного здания (четыре этажа или выше), выбегание на скоростную автостраду и столкновение с мчащейся машиной, повешение в уединенном месте в ночное время, выстрел в голову.

Перечисленные факторы риска относятся ко взрослым людям. Факторы суицидального риска для детей и юношества характеризуются значительными отличиями.

(Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. М. Лайнен. – М. : Вильямс, 2008. – 590 с.).

Индикаторы оценки суицидального риска

Индикаторы оценки суицидального риска

(Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях /
В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. –
СПб. : Речь, 2004. – 256 с.)

Таблица 1

Оценка социально-демографических факторов суицидального риска

Социально-демографические факторы	Пол	Возраст	Семейное положение	Образование, профессиональный статус

Таблица 2

Оценка медицинских факторов суицидального риска

Медицинские факторы	Психические заболевания	Соматические заболевания
	Депрессия, алогольная зависимость, зависимость от других психоактивных веществ, шизофрения, расстройство личности	Заболевания онкологические, органов кровотока, ИБС, органов дыхания (астма, туберкулез), врожденные и приобретенные уродства, потеря физиологических функций, бесплодие, ВИЧ-инфекция, состояния после трансплантации донорских органов и тканей
Наличие (+) или отсутствие (-) фактора	+ (депрессивное состояние), ? (возникает предположение о расстройстве личности)	? (не известно)

Таблица 3

Оценка биографических факторов суицидального риска

Биографические факторы	Гомосексуальная ориентация	Суицидальные попытки в прошлом	Суицидальные попытки у значимых лиц
Наличие (+) или отсутствие (-) фактора			

Таблиця 4

Оценка ситуационных факторов суицидального риска

Ситуационные индикаторы	Наличие (+) или отсутствие индикатора (-)
1. Смерть любимого человека, особенно супруги или супруга	
2. Развод	
3. Потеря работы	
4. Уход на пенсию	
5. Вынужденная социальная изоляция, особенно от семьи или друзей	
6. Сексуальное насилие	
7. Нежелательная беременность (у подростков)	
8. «Потери лица» (у подростков)	

Таблиця 5

Оценка поведенческих факторов суицидального риска

Поведенческие индикаторы	Наличие (+) или отсутствие индикатора (-)
1. Злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем	
2. Эскейп-реакции в прошлом	
3. Изоляция от людей и жизни	
4. Снижение повседневной активности	
5. Изменение привычек	
6. Частое прослушивание траурной или просто скорбной музыки	
7. Предпочтение тем смерти и самоубийства в разговорах и чтении	
8. «Приведение дел в порядок»	

Таблиця 6

Оценка эмоциональных факторов суицидального риска

Эмоциональные индикаторы	Амбивалентные чувства по отношению к жизни	Депрессивное настроение	Переживание горя
Наличие (+) или отсутствие (-) фактора			

Таблиця 7

Оценка поведенческих факторов суицидального риска

Поведенческие индикаторы	Наличие (+) или отсутствие индикатора (-)
Внутренние	
Интеллект	
Инстинкт самосохранения	
Коммуникативный потенциал	
Социальный опыт	
Опыт решения проблем	

Внешние

Поддержка семьи и друзей	
Стабильная работа	
Приверженность религии	
Финансовая стабильность	
Медицинская помощь	
Индивидуальная психотерапевтическая программа	

Таблица 8

Оценка когнитивных индикаторов суицидального риска

Когнитивные индикаторы		Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
Разрезающие установки к суицидальному поведению		? (не установлено)
Негативная триада (негативные мысли)	О себе	+
	О будущем	+
	Об окружающем мире и жизни в целом	+
«Туннельное видение»		
Наличие суицидальных мыслей, намерений, планов	Мысли	+
	Намерение	+
	Конкретный план	+

Таблица 9

Шкала оценки угрозы суицида

Фактор	Оценка	Индикатор
Пол		
Возраст		
Депрессия		
Предыдущие попытки		
Зависимость от психоактивных веществ		
Потеря рационального мышления		
Нехватка социальной поддержки		
Конкретный план		
Отсутствие супруга (близкого человека)		
Болезни		
ИТОГО		

Оценка (количество отмеченных пунктов)

0-2	УРОВЕНЬ I	Невысокая степень суицидального риска
3-4	УРОВЕНЬ II	Средний уровень суицидального риска
5-6	УРОВЕНЬ III	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная интервенция
7-10	УРОВЕНЬ IV	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция

Карта ризику суїцидальності Н. Конончук

Карта риска суицидальности Н. Конончук

Н. В. Конончук (1983) використовує власну карту для визначення ступеня суїцидального ризику. Більшість параметрів (8; 9; 11-31) оцінюються за їхньої наявності балом «1». Деякі найбільш значущі фактори анамнезу – балами «2» (5-7) і «3» (1-4; 10). У разі неявної вираженості будь-якої властивості їй приписується «значення», що дорівнює половині від «1», «2» або «3».

За відсутності будь-якого з 31 параметра він оцінюється балом «0,5». Не виявленими з різних причин можуть бути не більше ніж три фактори. Їхнє «значення» дорівнює нулю. Нулем оцінюються також характеристики 7 і 10 в осіб, які не досягли середнього віку початку статевого життя (19 років) і вступу в шлюб (21 рік). Потім обчислюється алгебраїчна сума «значень» усіх факторів. Якщо отримана величина менша від 8,86 – ризик суїциду незначний. Якщо ця величина коливається в межах від 8,86 до 15,48, то існує небезпека здійснення суїцидальної спроби. У разі, коли сума «значень» перевищує 15,48, ризик суїциду досліджуваної особи великий, а в разі наявності в анамнезі спроби самогубства значний ризик її повтору.

КАРТА РИСКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ

Факторы риска / Баллы

Данные анамнеза:

1. Возраст первой суицидной попытки – до 20 лет.
2. Ранее имела место суицидная попытка.
3. Суицидные попытки у родственников.
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).
5. Недостаток тепла в детстве или в юношестве.
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
7. Начало половой жизни – 20 лет и ранее.
8. Ведущее место любовных ценностей в системе ценностей.
9. Незначительная роль производственной сферы в системе ценностей.

10. Развод в динамике.

Актуальная конфликтная ситуация:

11. Ситуация неопределенности, ожидания.
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений.
13. Продолжительный конфликт.
14. Подобный конфликт имел место ранее.
15. Конфликт, отягощенный неприязнями в других сферах жизни.
16. Субъектное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.
17. Чувство обиды, жалости к себе.
18. Чувство усталости, безсилия.
19. Суицидальные высказывания, угрозы суицида.

Характеристика личности:

20. Эмоциональная лабильность.
21. Импульсивность.
22. Эмоциональная зависимость, потребность в симбиотических отношениях.
23. Доверчивость.
24. Эмоциональная вязкость, ригидность аффекта.
25. Болезненное самолюбие.
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в приятий решений.
27. Напряженность потребностей.
28. Настойчивость.
29. Решительность.
30. Бескомпромиссность.
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

Шкала суїцидального ризику хворих на алкоголізм

Шкала суицидального риска больных алкоголизмом

Н. С. Лушев (1986) розробив шкалу суїцидального ризику хворих на алкоголізм. Ступінь ризику оцінюється алгебраїчною сумою балів, які відповідають виявленим діагностичним ознаками. Низьким вважається ризик, що оцінюється до 400 балів, середнім – від 400 до 800, і високим – від 800 до 1200. Високий суїцидальний ризик слугує показанням до госпіталізації.

Шкала суїцидального ризику у больних алкоголізмом

Признак	Баллы
1. Преморбитные особенности личности:	
без отклонений	- 4
акцентуация характера	80
психопатия	- 119
2. Радикал преморбиды:	
конформный	- 238
сенситивный	365
истероидный	43
3. Состав родительской семьи	
полная	28
неполная	- 26
нет родителей	-
4. Уровень образования:	
неграмотный	2
полное среднее	- 26
среднее	6
среднее специальное	10
незаконченное высшее	6
высшее	10
5. Семейное положение	
в браке	- 124
холост	41
6. Черепно-мозговые травмы в анамнезе:	
есть	- 54
нет	10
7. Алкогольная наследственность:	
есть	- 3
нет	33
признак	баллы
8. Возраст к началу заболевания:	
20-25	17
26-30	74
31-35	18
36-40	- 202
41-45	- 8
9. Возраст к периоду обследования:	
20-29	24
30-39	98
40-49	- 3
50-59	2
60-69	-
10. Длительность заболевания к периоду обследования:	
0-1	9
2-3	38
4-5	-
6-7	15

Закінчення табл

8 и более	– 109
11. Форма потребления алкоголя:	
перемежающаяся	8
постоянная	– 143
запойная	144
12. Одинокое потребление алкоголя:	
есть	102
нет	– 102
13. Тип течения заболевания:	
злокачественный	197
быстрый	– 19
медленный	– 137
стационарный	– 3
ремитирующий	– 48
14. Тип изменения личности:	
астенический	47
истерический	
экспозитивный	– 7
апатический	2

Шкала суїцидальних думок

Шкала суицидальных мыслей

(Бек А. Т. Когнитивная терапия депрессии / А. Т. Бек, Д. А. Раш, Б. Ф. Шо, Г. Эмери. – СПб. : Питер, 2003. – С. 298)

Имя _____ Дата _____

I. Отношение к жизни/смерти

1. Желание жить:

0) от умеренного до сильного;

1) слабое;

2) отсутствует.

2. Желание умереть:

0) отсутствует;

1) слабое;

2) от умеренного до сильного.

3. Доводы в пользу жизни/смерти:

0) доводов в пользу жизни больше, чем в пользу смерти;

1) примерно одинаковые;

2) доводов в пользу смерти больше, чем в пользу жизни.

4. Желание совершить активную суицидную попытку:

- 0) отсутствует;
- 1) слабое;
- 2) от умеренного до сильного.

5. Пассивная суицидная попытка:

- 0) принял бы меры предосторожности, чтобы остаться в живых;
- 1) положился бы на волю случая (например, вышел бы на проезжую часть оживленной улицы);
- 2) не предпринял бы ничего для того, чтобы остаться в живых (например, прекращение приема инсулина диабетиком).

II. Характеристики суицидальной идеаторной активности

6. Продолжительность мыслей:

- 0) мимолетные;
- 1.) достаточно продолжительные;
- 2) неотступные.

7. Частота:

- 0) возникают очень редко;
- 1) то возникают, то исчезают;
- 2) не отпускают.

8. Отношение к суицидальным мыслям/желаниям:

- 0) отрицательное;
- 1) амбивалентное, индифферентное;
- 2) согласие.

9. Контроль над суицидальным поведением:

- 0) уверен, что может противостоять суицидальным мыслям/желаниям;
- 2) не уверен в этом;
- 3) не контролирует себя.

10. Сдерживающие факторы (семья, религиозные убеждения; возможная инвалидизация в случае безуспешной попытки; необратимость поступка):

- 0) не совершит самоубийства в силу сдерживающих факторов (указать, каких);
- 1) принимает во внимание сдерживающие факторы;
- 2) не думает о сдерживающих факторах.

11. Причины предполагаемой суицидной попытки:

- 0) манипулировать окружающими, привлечь к себе внимание, отомстить кому-то;
- 1) сочетание «0» и «2»;
- 2) положить конец страданиям, разом решить все проблемы.

III. Характеристики предполагаемой суицидной попытки

12. Метод: степень продуманности:

- 0) не обдуман;
- 1) обдуман в общем виде;
- 2) детально проработан.

13. Степень доступности метода и наличие возможности для совершения суицида:

- 0) недоступен в принципе; возможность отсутствует;
- 1) для подготовки требуется время, на настоящий момент возможность отсутствует;
- 2) метод доступен, возможность есть.

14. Субъективно ощущаемая способность к совершению суицида:

- 0) считает, что ему не хватит смелости или что у него не получится покончить с собой;
- 1) не уверен в том, что ему хватит смелости или что у него получится покончить с собой;
- 2) уверен в собственной смелости и компетентности.

1

5. Ожидание/предвосхищение суицидной попытки:

- 0) нет;
- 1) слабое, под сомнением;
- 2) есть.

IV. Реализация предполагаемого суицида

16. Реальная подготовка:

- 0) нет;
- 1) частичная (например, начал запасаться таблетками);
- 2) завершенная (имеет достаточный запас таблеток, заряженный пистолет и т. п.).

17. Предсмертная записка:

- 0) нет;
- 1) только начал составлять, только обдумывает;

2) написана.

18. Последние действия и распоряжения (оформление завещания, страховки на близких, подарки друзьям и родственникам и т. п.):

0) нет;

1) думает об этом; сделал некоторые распоряжения;

2) сделал все необходимые распоряжения.

19. Утаивание суицидальных намерений:

0) высказывает их открыто;

1) не говорит о них;

2) скрывает их.

V. Предпосылки для совершения суицида

20. Наличие суицидных попыток в прошлом:

0) нет;

1) одна;

2) несколько.

21. Желание умереть после последней суицидной попытки:

0) слабое;

1) амбивалентные чувства;

2) сильное.

Шкала ризику повторних суїцидальних дій

Шкала риска повторных суицидальных действий

(Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств /

[ред. Д. Вассерман]. – М. : Смысл, 2005)

	Параметр	Баллы
1.	Дистресс, который переживают окружающие	(0-1)
2.	Проблемы с употреблением алкоголя	(0-1)
3.	Стационарное психиатрическое лечение в прошлом	(0-1)
3.	Амбулаторное психиатрическое лечение в прошлом	(0-1)
4.	Предшествующие суицидальные попытки с последующей госпитализацией	(0-1)
5.	Раздельное проживание с родственниками	(0-1)
6.	Общее число баллов	(0-6)

Подсчет. 0 – признак отсутствует, 1 – признак присутствует. Чем выше общее число баллов, тем сильнее риск. Модификация шкалы Бугласа и Хортонa.

Шкала оцінки ризику після суїцидальної спроби

Шкала оценки риска после суицидальной попытки
(Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств /
[ред. Д. Вассерман] – М. : Смысл, 2005)

№ параметра	Параметр	Оценка в баллах	Баллы
1. Возраст	До 44 лет	0.1	
	45 лет и старше	5.0	
2. Пол	Мужской	6.5	
	Женский	5.0	
3. Социальный статус	Высший класс	6.6	
	Низший класс	5.0	
4. Занятость	Трудоустроен	2.7	
	На пенсии	2.4	
	Другое	5.0	
5. Условия проживания	В одиночестве	5.8	
	Совместно	5.0	
6. Сигналы, предупреждающие о суициде в течение последнего года	Да	7.5	
	Нет	5.0	

Паллис и др. (модификация).

Шкала для оцінки ризику суїциду «SAD PERSONS»

Шкала для оценки риска суицида «SAD PERSONS»
(Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств /
[ред. Д. Вассерман]. – М. : Смысл, 2005)

Акроним и определяемый параметр (при наличии ставится 1 балл)	Баллы
Sex – Пол (мужской)	(0-1)
Age – Возраст (моложе 20 и старше 45 лет)	(0-1)
Depressive mood – Депрессивное настроение	(0-1)
Previous attempt – Предшествующая суицидальная попытка	(0-1)
Etanol abuse – Злоупотребление алкоголем	(0-1)
Rational thinking loss... – Утрата способности к рациональному мышлению (например, органический мозговой синдром, аффективные расстройства, шизофрения)	(0-1)
Social support lacking – Недостаток социальной поддержки	(0-1)
Organized plan for suicide... – Наличие детального плана суицида	(0-1)
No spouse... – Отсутствие супруга или проживание в одиночестве	(0-1)
Sickness... – Болезнь, плохое соматическое здоровье	(0-1)
Общее число баллов	(0-10)

В стационаре скорой помощи при оценке состояния пациента следует руководствоваться следующими рекомендациями, исходя из общего числа баллов: 0-2 – можно отпустить домой с последующим

наблюдением: 3-4 – необходимо систематическое **наблюдение**: 5-6 – серьезное основание для госпитализации; 7-10 – безоговорочная госпитализация.

Опитувальник суїцидального ризику

Опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой)

ОПИСАНИЕ

Экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 классов. Возможно индивидуальное и групповое тестирование.

ОБРАБОТКА

Подсчитывается сумма положительных ответов отдельно по каждому фактору (ответ «да» – 1 балл). Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. табл. 1): балл необходимо умножить на значение индекса. По соотношению полученных значений определяется индивидуальный стиль суицидальной динамики.

Субшкальный диагностический коэффициент	Номера суждений	Индекс
Демонстративность	12, 14, 20, 22, 27	1,2
Аффективность	1, 10, 20, 23, 28, 29	1,1
Уникальность	1, 12, 14, 22, 27	1,2
Несостоятельность	2, 3, 6, 7, 17	1,5
Социальный пессимизм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Слом культурных барьеров	8, 9, 18	2,3
Максимализм	4, 16	3,2
Временная перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1,1
Антисуицидальный фактор	19, 21	3,2

Бланк ответов

Номер утверждения	+ / –	Номер утверждения	+ / –
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15			

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. Демонстративность. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко.

2. Аффективность. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта.

3. Уникальность. Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

4. Несостоятельность. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

5. Социальный пессимизм. Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. При «**Несостоятельность**» = 0-3 экстрапунитивность выражается в форме внутреннего диалога: «Вы все недостойны меня».

6. Слом культурных барьеров. Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте – инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних

причин культу смерти – доведення до патологічного максималізму смысловая установка на самодеяльність: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования».

7. Максимализм. Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

8. Временная перспектива. Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

9. Антисуицидальный фактор. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле – это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

ИНСТРУКЦИЯ: «Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов ставить в случае согласия с утверждением «+», в случае несогласия с утверждением «-».

Текст опросника

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.

15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.

16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.

17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.

18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.

19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.

20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.

21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.

22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.

23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.

24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.

25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.

26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.

27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.

28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.

29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуюсь первому порыву.

Литература

1. Диагностика личности / [сост. Т. Н. Разуваева]. – Шадринск, 1993. – 26 с.
2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://ravnay-pr.narod.ru/tendencii/oprosnik.htm>.

Шкала суїцидальної інтенції

Шкала суицидальной интенции

А. Бек (А. Т. Beck) є одним із найбільш відомих і визнаних авторитетів у галузі суїцидології у світі. Складений ним тест дозволяє в балах оцінити ступінь суїцидальної інтенції, тобто вираженість, напруженість і в певному сенсі істинність суїцидальних тенденцій в осіб, які вчинили суїцидальну спробу. Чим вищий загальний бал суїцидальної інтенції при сумачії за всіма 15 параметрами, які враховуються в тесті Бека,

тим більш достовірною є реальність намірів людини покінчити життя самогубством.

Підлітки, які вчинили суїцидальну спробу і мають високий індекс суїцидальної інтенції за шкалою Бека, у першу чергу повинні потрапляти в поле зору психолога, психотерапевта чи психіатра.

Важливо пам'ятати, що при високому індексі суїцидальної інтенції істотно підвищується ризик повторної суїцидальної спроби.

Тест состоит из двух разделов:

В первом разделе учитываются объективные обстоятельства, имеющие отношение к суицидальной попытке:

1) Изоляция:

0 – кто-то присутствует рядом;

1 – кто-то поблизости или в пределах визуального или вокального контакта;

2 – никого нет поблизости или в пределах визуального или вокального контакта.

2) Выбор времени:

0 – вмешательство возможно;

1 – вмешательство маловероятно;

2 – вмешательство очень маловероятно.

3) Предосторожности против раскрытия/вмешательства:

0 – нет;

1 – пассивные предосторожности, например избегание посторонних, но отсутствие предосторожностей против их вмешательства;

2 – активные предосторожности, например закрытая дверь.

4) Действия, ориентированные на получение помощи во время / после попытки:

0 – извещение потенциального помощника о попытке;

1 – контакт без специального извещения потенциального помощника о попытке;

2 – контакт или извещение потенциального помощника отсутствует.

5) Финальные действия в ожидании смерти (например, завещание, подарки, страховка):

0 – нет;

1 – мысли об этом или какие-то приготовления;

2 – делал определенные планы или законченные приготовления.

6) Активные приготовления к попытке:

0 – нет;

1 – минимальные или умеренные;

2 – развернутые.

7) Предсмертные записки:

0 – нет;

1 – записка написана, но изорвана, или мысли об этом;

2 – наличие записки.

8) Открытое извещение о намерении перед попыткой:

0 – нет;

1 – двусмысленные извещения;

2 – недвусмысленные извещения.

Второй раздел включает в себя данные, полученные при самоотчете исследуемого:

9) Приписываемая цель попытки:

0 – манипуляция окружением, привлечение внимания, месть;

1 – компоненты «0» и «2»;

2 – бегство, решение проблем.

10) Ожидаемая фатальность:

0 – мысли о нежелательности смерти;

1 – мысли, что смерть возможна, но не обязательна;

2 – мысли, что смерть возможна и обязательна.

11) Понимание летальности метода:

0 – сделал меньше, чем предполагал, что действие будет летальным;

1 – был неуверен, что действия будут летальными;

2 – выполнил или превысил то, что ожидал, что действие будет летальным.

12) Серьезность попытки:

0 – не делал серьезной попытки покончить с жизнью;

1 – неопределенность о серьезности окончить жизнь;

2 – серьезно пытался покончить с жизнью.

13) Отношение к жизни/смерти:

0 – не хотел умирать;

1 – компоненты «0» и «2»;

2 – хотел умереть.

14) Представления о возможностях медицинской помощи:

0 – мысли, что смерть будет маловероятной при медицинском вмешательстве;

1 – был неуверен, может ли смерть быть предупреждена при медицинском вмешательстве;

2 – был уверен в смерти даже при медицинском вмешательстве.

15) Степень преднамеренности:

0 – нет, импульсивное;

1 – обдумывание менее трех часов перед попыткой;

2 – обдумывание более трех часов перед попыткой.

Протокол дисфункциональных мыслей

Дата	Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Рациональный ответ	Результат
	Опишите: 1. Событие, вызвавшее неприятную эмоцию 2. Мысли, образы, воспоминания, вызвавшие неприятную эмоцию	1. Назовите эмоцию (печаль, тревога, гнев и т. д.) 2. Оцените ее интенсивность (1-100)	1. Запишите содержание автоматической мысли, предшествовавшей эмоции 2. Оцените, насколько убедительной является для вас эта мысль (0-100 %)	1. Запишите рациональный ответ на автоматическую мысль 2. Оцените степень убедительности вашего ответа (0-100 %)	1. Снова оцените степень убедительности автоматической мысли (0-100 %) 2. Назовите последовавшую за этим эмоцию и оцените ее интенсивность (1-100)

Инструкция. При возникновении неприятной эмоции запишите, какое событие или ситуация вызвали эту эмоцию (если эмоция была спровоцирована размышлениями, представлениями и т. п., отметьте это в протоколе). Затем запишите содержание мыслей, связанных с эмоцией. Оцените, насколько достоверными (убедительными) вам кажутся эти мысли: 0 % = абсолютно недостоверные, 100 % = абсолютно достоверные. При оценке интенсивности эмоций используйте шкалу от 1 до 100 баллов.

Опитувальник «Ауто- і гетероагресія» (Є. П. Ільїн)

Опросник «Ауто- и гетероагрессия» (Е. П. Ильин)

Методика разработана Е. П. Ильиным для определения направленности агрессии на себя или на других.

Инструкция. Сейчас я оглашу ряд положений, касающихся Вашего поведения. Если они соответствуют имеющейся у Вас тенденции реагировать именно так, рядом с номером зачитываемого положения поставьте знак «+», если нет – то знак «-».

Текст опросника

1. Я не могу удержаться от грубых слов в свой адрес, если допускаю оплошность в каком-нибудь важном для меня деле.

2. Подчас я требую в резкой форме, чтобы уважали мои права.

3. Когда у меня что-то не получается в совместной работе с другими, я прежде всего ругаю самого себя, а не партнеров.

4. От злости я часто посылаю проклятия своему обидчику.

5. При возникновении конфликта с другими людьми я чаще всего обвиняю себя.

6. Если кто-нибудь меня раздражает, я готов сказать все, что о нем думаю.

7. Я часто проклиная себя за то, что сделал не то, что хотел.

8. Когда на меня кричат, я тоже начинаю кричать в ответ.

9. Иногда я выражаю досаду на себя каким-нибудь физическим действием (ударяю себя по бедру, по лбу и т. п.).

10. Я часто просто угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозу в исполнение.

11. Если я совершаю поступок, который кажется мне недостойным, я долго корю себя, не стесняясь при этом в выражениях в свой адрес.

12. Я не могу удержаться от грубых слов, если кто-то не согласен со мной.

13. Если я делаю глупость, то ругаю себя последними словами.

14. В споре я часто начинаю сердиться и кричать.

15. Когда кто-то не отдает мне долг, я обвиняю прежде всего самого себя: так мне, дураку, и надо.

16. Я бываю грубоват с людьми, которые мне не нравятся.

17. Поссорившись с кем-то, я никогда не обвиняю себя.

18. Я не умею «поставить человека на место», даже если он этого заслуживает.

19. Даже если я злюсь на себя, я не прибегаю к сильным выражениям в свой адрес.

20. Как бы ни был я зол, я стараюсь не оскорблять других.

Ключ к опроснику. Шкала аутоагрессии: начисляется по 1 баллу за ответы «да» по пунктам 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 и ответы «нет» по пунктам 17 и 19.

Шкала гетероагрессии: начисляется по 1 баллу за ответы «да» по пунктам 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, и ответы «нет» по пунктам 18, 20.

Подсчитывается общая сумма баллов по каждой шкале. Сравнение полученных баллов позволяет судить о том, какой вид агрессии более выражен у данного человека.

Методи дослідження суїцидальної і протисуїцидальної мотивації в осіб, які мають суїцидальні тенденції

Задля виявлення й аналізу мотиваційних аспектів суїцидальної поведінки рекомендується використовувати ряд тестів, які дозволяють оцінити вираженість як суїцидальних тенденцій, так і сформованість протисуїцидального захисту.

Тест «Суїцидальна мотивація» (Ю. Р. Вагін, 1998)

Тест «Суицидальная мотивация» (Ю. Р. Вагин, 1998)

Тест позволяет выявить и количественно оценить семь основных мотивационных аспектов суицидального поведения:

1. Альтруистическая мотивация (смерть ради других).
2. Анемическая мотивация (потеря смысла жизни).
3. Анестетическая мотивация (невыносимость страдания).
4. Инструментальная мотивация (манипуляция другими).
5. Аутопунитическая мотивация (самонаказание).
6. Гетеропунитическая мотивация (наказание других).
7. Поствитальная мотивация (надежда на что-то лучшее после смерти).

Тест состоит из 35 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клинико-психологического исследования лиц с суицидальными тенденциями в период 1996-1998 гг. Каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний.

Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

- 1) альтруистическая – 1, 8, 15, 22, 29;
- 2) анемическая – 2, 9, 16, 23, 30;
- 3) анестетическая – 3, 10, 17, 24, 31;
- 4) инструментальная – 4, 11, 18, 25, 32;
- 5) аутопунитическая – 5, 12, 19, 26, 33;
- 6) гетеропунитическая – 6, 13, 20, 27, 34;
- 7) поствитальная – 7, 14, 21, 28, 35.

С целью исследования суицидальных мотивационных комплексов подростку предлагается заполнить опросник или ответить устно на предложенные ниже высказывания, используя для этого 4 варианта ответа:

- 1) «да» – в том случае, если подросток полностью согласен с утверждением, предложенным ему;

2) «частично» – если высказывание не полностью соответствует переживаниям подростка;

3) «сомневаюсь» – если подросток не уверен, подходит ли ему высказывание или нет;

4) «нет» – в том случае, если подросток уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям.

Каждый из вариантов ответа оценивается количественно в баллах:

«да» – 3 балла;

«частично» – 2 балла;

«сомневаюсь» – 1 балл;

«нет» – 0 баллов.

Общая сумма баллов по всем 5 высказываниям, относящимся к одному из мотивационных комплексов, определяет выраженность данного комплекса. Максимальная выраженность может равняться соответственно: $5 \times 3 = 15$ баллов. Минимальная – 0 баллов.

На основании количественных показателей по каждой из 7 шкал строится график, позволяющий наглядно отобразить спектр суицидальной мотивации у данного конкретного подростка, и на этом основании судить о выраженности суицидальных тенденций.

1. Думал, что если умру, то всем будет только лучше.
2. В жизни потерялся какой-то главный смысл.
3. Мне казалось, что только смерть может избавить меня от страдания.
4. Думал доказать что-то хотя бы своей смертью.
5. Я думал, что не имею права больше жить.
6. Думал умереть и пусть попробуют пожить без меня.
7. Я надеялся, что после смерти меня ждет что-то лучшее.
8. Я хотел умереть, потому что из-за меня слишком много проблем.
9. Казалось, что все хорошее осталось позади, а впереди ничего нет.
10. Думал, что лучше умереть, чем так мучиться.
11. Когда тебя не понимают, то ничего больше не остается.
12. Я думал, что своей смертью смогу искупить свою вину.
13. Было так больно и обидно, что хотелось отомстить.
14. Я думал умереть здесь, чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни.
15. Думал, что моя смерть что-то изменит к лучшему вокруг.
16. Потому что жизнь утратила какой-либо интерес.
17. Я уже не мог больше терпеть все это.
18. По-другому я не смог бы ничего доказать.
19. Мне казалось, что я сам во всем виноват и должен понести наказание.
20. Я хорошо понимал, что своей смертью причину боль и даже хотел этого.

21. Мне хотелось уйти туда к тем (или к тому), кого я люблю.
22. Я не хотел быть обузой для окружающих.
23. Во мне кончилась какая-то сила для жизни.
24. Если бы мне не было так больно, я бы даже не думал о смерти.
25. Мне кажется, что меня просто никто не замечает.
26. Только я сам могу судить себя за все.
27. Своей смертью я хотел наказать.
28. Думал, что может быть там я буду более счастливым, чем здесь.
29. Хотелось умереть, чтобы никому не мешать.
30. Меня не устраивала та жизнь, которая ждала меня впереди.
31. Мне казалось, что если жизнь приносит только боль, лучше умереть.
33. Мне хотелось быть самому себе и судьей, и палачом.
34. Было легкое удовлетворение от мысли, что своей смертью я создам проблему.
35. Я думал о смерти как о пути к новой жизни.

Протисуїцидальна мотивація (Ю. Р. Вагін, 1998)

Противосуицидальная мотивация (Ю. Р. Вагин, 1998)

Тест позволяет выявить и количественно оценить девять основных протівосуїцидальных мотивационных комплексов:

1. Провитальная мотивация (страх смерти).
2. Религиозная мотивация.
3. Этическая мотивация (чувство долга перед близкими людьми).
4. Моральная мотивация (личное негативное отношение к суїцидальной модели поведения).
5. Эстетическая мотивация.
6. Нарциссическая мотивация (любовь к себе).
7. Мотивация когнитивной надежды (надежда как-то разрешить ситуацию, найти выход).
8. Мотивация временной инфляции (ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему).
9. Мотивация финальной неопределенности (неуверенность, что удастся умереть).

Тест состоит из 45 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клиничко-психологического исследования лиц с суїцидальными и без суїцидальных тенденций в период 1996-1998 гг.

По аналогии с тестом «Суїцидальная мотивация», каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний.

Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

- 1) провитальная – 1, 10, 19, 28, 37;
- 2) религиозная – 2, 11, 20, 29, 38;
- 3) этическая – 3, 12, 21, 30, 39;
- 4) моральная – 4, 13, 22, 31, 40;
- 5) эстетическая – 5, 14, 23, 32, 41;
- 6) нарциссическая – 6, 15, 24, 33, 42;
- 7) когнитивной надежды – 7, 16, 25, 34, 43;
- 8) временной инфляции – 8, 17, 26, 35, 44;
- 9) финальной неопределенности – 9, 18, 27, 36, 45.

С целью исследования данных мотивационных комплексов подростку предлагается заполнить опросник или ответить на предложенные ниже высказывания, используя для этого 4 варианта ответа:

- 1) «да» – в том случае, если подросток полностью согласен с утверждением, предложенным ему;
- 2) «частично» – если высказывание не полностью соответствует переживаниям подростка;
- 3) «сомневаюсь» – если подросток не уверен, подходит ли ему высказывание;
- 4) «нет» – в том случае, если подросток уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям.

Каждый из вариантов ответа оценивается по аналогии с исследованием профиля суицидальной мотивации.

Высказывания для исследования профиля противосуицидальной мотивации:

1. Сдерживает страх перед смертью.
2. Я считаю, что самоубийство – это грех.
3. Я не могу покончить с собой из-за своих близких.
4. Я считаю, что самоубийство – это слабость и трусость.
5. Мне неприятно представлять свое тело после самоубийства.
6. Мне еще столько нужно сделать в жизни.
7. Я не думаю, что самоубийство – это единственный выход из ситуации.
8. Я считаю, что время – самое лучшее лекарство от всех проблем.
9. Я не знаю способа, чтобы наверняка уйти из жизни.
10. Как только подумаю, что мне придется умереть, меня охватывает ужас.
11. Меня сдерживают мои религиозные убеждения.
12. Не хочу делать больно родным мне людям.
13. Я считаю, что только безвольный человек может покончить с собой.

14. Те способы, которые я могу использовать для ухода из жизни, так некрасивы.

15. Если честно, то мне жалко убивать себя.

16. Я надеюсь найти другое решение моих проблем.

17. Я надеюсь, что со временем мне станет легче.

18. Боюсь, что просто не смогу до конца убить себя.

19. Смерть так страшна и ужасна.

20. Жизнь дана мне Богом, и я должен терпеть все страдания.

21. Своим поступком я причину страдания окружающим.

22. Я думаю, что все окружающие осудили бы меня за такой поступок.

23. Я бы не хотел, чтобы мое тело кто-либо видел после того, как я покончу с собой.

24. Я считаю, что мне еще рано умирать.

25. Не уверен, что все, что можно было попытаться сделать, я уже сделал.

26. Нельзя решаться сразу на такой шаг, нужно выждать хотя бы какое-то время.

27. Может получиться так, что вместо того, чтобы умереть, на всю жизнь останешься инвалидом.

28. При мысли о смерти у меня замирает все внутри.

29. Если я совершу самоубийство, то погублю свою бессмертную душу.

30. Я должен жить ради тех, кто рядом со мной.

31. Я не хочу, чтобы после моей смерти обо мне плохо думали.

32. Мне бы хотелось умереть легко и красиво, но я не знаю такого способа.

33. Я думаю, что еще много мог бы пережить хорошего в своей жизни.

34. Всегда можно найти выход из любой ситуации.

35. На смену черной полосе всегда рано или поздно приходит белая.

36. Не могу придумать надежного способа покончить с собой.

37. Если честно признаться, то я боюсь смерти.

38. Совершив самоубийство, я обреку себя на вечные мучения.

39. Я не могу умереть добровольно, потому что есть люди, которые зависят от меня.

40. Я думаю, что покончить с собой – это просто позорное бегство.

41. В самом самоубийстве есть что-то некрасивое.

42. Обидно умирать, не закончив все дела.

43. Может быть, я просто не знаю, как решить ситуацию, но это знает кто-то другой.

44. Даже если проблему нельзя решить, ее можно пережить.

45. Нет уверенности, что удастся умереть.

Визначення схильності до поведінки з відхиленнями
Определение склонности к отклоняющемуся поведению
(А. Н. Орел)

Методика «Определение склонности к отклоняющемуся поведению»

А. Орла. Опросник представляет собой набор специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение готовности (склонности) к реализации отдельных форм отклоняющегося поведения. Методика имеет мужской и женский вариант, в нашем исследовании мы используем только мужской вариант, состоящий из 98 вопросов. Мужской вариант методики имеет 7 шкал: установка на социально желательные ответы, склонность к преодолению норм и правил, склонность к аддиктивному поведению, склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению, склонность к агрессии и насилию, волевой контроль эмоциональных реакций, склонность к деликвентному поведению.

Шкалы: склонности к преодолению норм и правил, склонности к аддиктивному (зависимому) поведению, склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению, склонности к агрессии и насилию, волевой контроль эмоциональных реакций, склонности к деликвентному поведению.

Назначение теста

Предлагаемая методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) является стандартизированным тест-опросником, предназначенным для измерения готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения. Опросник представляет собой набор специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение готовности (склонности) к реализации отдельных форм отклоняющегося поведения.

Методика предполагает учет и коррекцию установки на социально желательные ответы испытуемых.

Шкалы опросника делятся на содержательные и служебную. Содержательные шкалы направлены на измерение психологического содержания комплекса связанных между собой форм девиантного поведения, то есть социальных и личностных установок, стоящих за этими поведенческими проявлениями.

Служебная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого давать о себе социально одобряемую информацию, оценки достоверности результатов опросника в целом, а также для коррекции результатов по содержательным шкалам в зависимости от выраженности установки испытуемого на социально желательные ответы.

Инструкция к тесту

Перед вами имеется ряд утверждений. Они касаются некоторых сторон вашей жизни, вашего характера, привычек. Прочтите первое утверждение и решите, верно ли данное утверждение по отношению к вам:

— если верно, то на бланке ответов рядом с номером, соответствующим утверждению, в квадратике под обозначением «да» поставьте крестик или галочку;

— если оно неверно, то поставьте крестик или галочку в квадратике под обозначением «нет»;

— если вы затрудняетесь ответить, то постарайтесь выбрать вариант ответа, который все-таки больше соответствует вашему мнению.

Затем таким же образом отвечайте на все пункты опросника. Если ошибетесь, то зачеркните ошибочный ответ и поставьте тот, который считаете нужным. Помните, что вы высказываете собственное мнение о себе в настоящий момент. Здесь не может быть «плохих» или «хороших», «правильных» или «неправильных» ответов. Очень долго не обдумывайте ответов, важна ваша первая реакция на содержание утверждений. Отнеситесь к работе внимательно и серьезно. Небрежность, а также стремление «улучшить» или «ухудшить» ответы приводят к недостоверным результатам. В случае затруднений еще раз прочитайте эту инструкцию или обратитесь к тому, кто проводит тестирование. Не делайте никаких пометок в тексте опросника.

Тест

Мужской вариант

1. Я предпочитаю одежду неярких, приглушенных тонов.
2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
3. Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях.
4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.
5. Тот, кто в детстве не дрался, вырастает «маменькиным сынком» и ничего не может добиться в жизни.

6. Я бы взялся за опасную для жизни работу, если бы за нее хорошо платили.
7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.
8. Иногда бывает, что я немного хвастаюсь.
9. Если бы мне пришлось стать военным, то я хотел бы быть летчиком-истребителем.
10. Я ценю в людях осторожность и осмотрительность.
11. Только слабые и трусливые люди выполняют все правила и законы.
12. Я предпочел бы работу, связанную с переменами и путешествиями.
13. Я всегда говорю только правду.
14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества – это вполне нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь не прибегать к ругательствам.
16. Я думаю, что мне бы понравилось охотиться на львов.
17. Если меня обидели, то я обязательно должен отместить.
18. Человек должен иметь право выпивать столько, сколько он хочет.
19. Если мой приятель опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне обычно затрудняет работу требование сделать ее к определенному сроку.
21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если испытываешь сильное сексуальное (половое) влечение.
23. Я иногда не слушаюсь родителей.
24. Если при покупке автомобиля мне придется выбирать между скоростью и безопасностью, то я выберу безопасность.
25. Я думаю, что мне понравилось бы заниматься боксом.
26. Если бы я мог свободно выбирать профессию, то стал бы дегустатором вин.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда покупаю билеты в общественном транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это невыгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».

35. Бывало, что я случайно попадал в драку после употребления спиртных напитков.
36. Мне редко удается заставить себя продолжать работу после ряда обидных неудач.
37. Если бы в наше время проводились бои гладиаторов, то я бы обязательно в них поучаствовал.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родился в давние времена, то стал бы благородным разбойником.
42. Если нет другого выхода, то спор можно разрешить и дракой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие взрослые высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпил.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в кинофильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Когда люди стремятся к новым необычным ощущениям и переживаниям – это нормально.
47. Иногда я скучаю на уроках.
48. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
49. Если человек раздражает меня, то я готов высказать ему все, что о нем думаю.
50. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
51. Мне бы понравилась профессия дрессировщика хищных зверей.
52. Если уж ты сел за руль мотоцикла, то стоит ехать только очень быстро.
53. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
54. Иногда я просто не могу удержаться от смеха, когда слышу неприличную шутку.
55. Я стараюсь избегать в разговоре выражений, которые могут смутить окружающих.
56. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
57. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
58. Мне больше нравится читать о приключениях, чем о любовных историях.
59. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.

60. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
61. Меня раздражает, когда девушки курят.
62. Мне нравится состояние, которое наступает, когда в меру и в хорошей компании выпьешь.
63. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимал, что сейчас не время и не место.
64. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
65. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда ради забавы я это делаю.
66. Я смог бы своей рукой казнить преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
67. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
68. Я хотел бы поучаствовать в автомобильных гонках.
69. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
70. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готов первым начать драку.
71. Я могу вспомнить случаи, когда я был таким злым, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее.
72. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
73. Мне понравилось бы прыгать с парашютом.
74. Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают.
75. Я редко даю сдачи, даже если кто-то ударит меня.
76. Я не получаю удовольствия от ощущения риска.
77. Когда человек в пылу спора прибегает к «сильным» выражениям – это нормально.
78. Я часто не могу сдержать свои чувства.
79. Бывало, что я опаздывал на уроки.
80. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
81. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
82. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
83. Иногда случалось, что я не выполнял домашнее задание.
84. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
85. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
86. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
87. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
88. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
89. Иногда я бываю так раздражен, что стучу по столу кулаком.

90. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне по-настоящему проявить себя.
91. Я бы попробовал какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знал, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
92. Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.
93. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
94. Когда я злюсь, то мне хочется кого-нибудь ударить.
95. Я считаю, что люди должны полностью отказаться употребления спиртных напитков.
96. Я бы мог на спор вылезть на высокую фабричную трубу.
97. Временами я не могу справиться с желанием причинить боль другим людям.
98. Я мог бы после небольших предварительных объяснений управлять вертолетом.

Женский вариант

1. Я стремлюсь в одежде следовать самой современной моде или даже опережать ее.
2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должна сделать сегодня.
3. Если бы была такая возможность, то я бы с удовольствием пошла служить в армию.
4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.
5. Чтобы добиться своего, девушка иногда может и подраться.
6. Я бы взялась за опасную для здоровья работу, если бы за нее хорошо платили.
7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.
8. Я иногда люблю посплетничать.
9. Мне нравятся профессии, связанные с риском для жизни.
10. Мне нравится, когда моя одежда и внешний вид раздражают людей старшего поколения.
11. Только глупые и трусливые люди выполняют все правила и законы.
12. Я предпочла бы работу, связанную с переменами и путешествиями, даже если она опасна для жизни.
13. Я всегда говорю только правду.
14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества – это нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь никого не ругать.
16. Я с удовольствием смотрю боевики.

17. Если меня обидели, то я обязательно должна отомстить.
18. Человек должен иметь право выпивать, сколько он хочет и где он хочет.
19. Если моя подруга опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне часто бывает трудно сделать работу к точно определенному сроку.
21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если чего-нибудь сильно хочешь.
23. Бывало, что я не слушалась родителей.
24. В автомобиле я больше ценю безопасность, чем скорость.
25. Я думаю, что мне понравилось бы заниматься каратэ или похожим видом спорта.
26. Мне бы понравилась работа официантки в ресторане.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношении к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда плачу за проезд в общественном транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это не выгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадала в неприятную историю после употребления спиртных напитков.
36. Я часто не могу заставить себя продолжать какое-либо занятие после обидной неудачи.
37. Многие запреты в области секса старомодны и их можно отбросить.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родилась в древние времена, то стала бы благородной разбойницей.
42. Добиваться победы в споре нужно любой ценой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие взрослые высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпила.

44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в фильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Бывает я скукаю на уроках.
47. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
48. Если человек раздражает меня, то я готова высказать ему все, что о нем думаю.
49. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
50. Мне бы понравилась профессия дрессировщицы хищных зверей.
51. Мне нравится ощущать скорость при быстрой езде на автомобиле и мотоцикле.
52. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
53. Бывает, что я с интересом слушаю неприличный, но смешной анекдот.
54. Мне нравится иногда смущать и ставить в неловкое положение окружающих.
55. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
56. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
57. Мне больше нравится читать о кровавых преступлениях или о катастрофах.
58. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.
59. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
60. Я считаю вполне нормальным, если девушка курит.
61. Мне нравится состояние, которое наступает, когда выпьешь в меру и в хорошей компании.
62. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимала, что сейчас не время и не место.
63. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
64. Некоторые люди побаиваются меня.
65. Я бы хотела присутствовать при казни преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
66. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
67. Если бы могла, то с удовольствием поучаствовала бы в автомобильных гонках.
68. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
69. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готова первой начать драку.

70. Я могу вспомнить случаи, когда я настолько разозлилась, что хватала первую попавшуюся под руку вещь и ломала ее.
71. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
72. Мне бы хотелось из любопытства прыгнуть с парашютом.
73. Вредное воздействие алкоголя и табака на человека сильно преувеличивают.
74. Счастливы те, кто умирают молодыми.
75. Я получаю удовольствие, когда немного рискую.
76. Когда человек в пылу спора прибегает к ругательствам – это допустимо.
77. Я часто не могу сдерживать свои чувства.
78. Бывало, что я опаздывала на уроки.
79. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
80. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
81. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
82. Иногда случалось, что я не выполняла школьное домашнее задание.
83. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
84. Бывают случаи, когда я могу ударить человека.
85. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
86. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
87. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
88. Иногда я бываю так раздражена, что громко кричу.
89. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне по-настоящему проявить себя.
90. Я бы попробовала какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знала, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
91. Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.
92. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
93. Когда я злюсь, то мне хочется громко обругать виновника моих неприятностей.
94. Я думаю, что люди должны отказаться от всякого употребления спиртных напитков.
95. Я бы с удовольствием прокатилась на горных лыжах с крутого склона.
96. Иногда, если кто-то причиняет мне боль, это бывает даже приятно.
97. Я бы с удовольствием занималась в бассейне прыжками с вышки.
98. Мне иногда не хочется жить.

99. Чтобы добиться успеха в жизни, девушка должна быть сильной и уметь постоять за себя.
100. По-настоящему уважают только тех людей, кто вызывает у окружающих страх.
101. Я люблю смотреть выступления боксеров.
102. Я могу ударить человека, если решу, что он серьезно оскорбил меня.
103. Я считаю, что уступить в споре – это значит показать свою слабость.
104. Мне нравится готовить, заниматься домашним хозяйством.
105. Если бы я могла прожить жизнь заново, то я бы хотела стать мужчиной, а не женщиной.
106. В детстве мне хотелось стать актрисой или певицей.
107. В детстве я была всегда равнодушна к игре в куклы.

Обработка и интерпретация результатов теста

Ключ к тесту

Мужской вариант

1. *Шкала установки на социально желательные ответы:* 2 (нет), 4 (нет), 6 (нет), 13 (да), 21 (нет), 23 (нет), 30 (да), 32 (да), 33 (нет), 38 (нет), 47 (нет), 54 (нет), 79 (нет), 83 (нет), 87 (нет).
2. *Шкала склонности к преодолению норм и правил:* 1 (нет), 10 (нет), 11 (да), 22 (да), 34 (да), 41 (да), 44 (да), 50 (да), 53 (да), 55 (нет), 59 (да), 61 (нет), 80 (да), 86 (нет), 88 (да), 91 (да), 93 (нет).
3. *Шкала склонности к аддиктивному поведению:* 14 (да), 18 (да), 22 (да), 26 (да), 27 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 43 (да), 46 (да), 59 (да), 60 (да), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 81 (да), 91 (да), 95 (нет).
4. *Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению:* 3 (да), 6 (да), 9 (да), 12 (да), 16 (да), 24 (нет), 27 (да), 28 (да), 37 (да), 39 (да), 51 (да), 52 (да), 58 (да), 68 (да), 73 (да), 76 (нет), 90 (да), 91 (да), 92 (да), 96 (да), 98 (да).
5. *Шкала склонности к агрессии и насилию:* 3 (да), 5 (да), 15 (нет), 16 (да), 17 (да), 17 (да), 25 (да), 37 (да), 40 (нет), 42 (да), 45 (да), 48 (да), 49 (да), 51 (да), 65 (да), 66 (да), 70 (да), 71 (да), 72 (да), 75 (нет), 77 (да), 82 (нет), 89 (да), 94 (да), 97 (да).
6. *Шкала волевого контроля эмоциональных реакций:* 7 (да), 19 (да), 20 (да), 29 (нет), 36 (да), 49 (да), 56 (да), 57 (да), 69 (да), 70 (да), 71 (да), 78 (да), 84 (да), 89 (да), 94 (да).
7. *Шкала склонности к деликвентному поведению:* 18 (да), 26 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 42 (да), 43 (да), 44 (да), 48 (да), 52 (да), 55 (нет), 61 (нет), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 86 (нет), 91 (да), 94 (да).

Женский вариант

1. *Шкала установки на социально желательные ответы:* 2 (нет), 4 (нет), 8 (нет), 13 (да), 21 (нет), 30 (да), 32 (да), 33 (нет), 38 (нет), 54 (нет), 79 (нет), 83 (нет), 87 (нет).

2. *Шкала склонности к преодолению норм и правил:* 1 (да), 10 (нет), 11 (да), 22 (да), 34 (да), 41 (да), 44 (да), 50 (да), 53 (да), 55 (да), 59 (да), 61 (да), 80 (да), 86 (нет), 91 (да), 93 (нет).

3. *Шкала склонности к аддиктивному поведению:* 14 (да), 18 (да), 22 (да), 26 (да), 27 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 43 (да), 59 (да), 60 (да), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 81 (да), 91 (да), 95 (нет).

4. *Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению:* 3 (да), 6 (да), 9 (да), 12 (да), 24 (нет), 27 (да), 28 (да), 39 (да), 51 (да), 52 (да), 58 (да), 68 (да), 73 (да), 75 (да), 76 (да), 90 (да), 91 (да), 92 (да), 96 (да), 98 (да), 99 (да).

5. *Шкала склонности к агрессии и насилию:* 3 (да), 5 (да), 15 (нет), 16 (да), 17 (да), 25 (да), 40 (нет), 42 (да), 45 (да), 48 (да), 49 (да), 51 (да), 65 (да), 66 (да), 71 (да), 77 (да), 82 (да), 85 (да), 89 (да), 94 (да), 101 (да), 102 (да), 103 (да), 104 (да).

6. *Шкала волевого контроля эмоциональных реакций:* 7 (да), 19 (да), 20 (да), 29 (нет), 36 (да), 49 (да), 56 (да), 57 (да), 69 (да), 70 (да), 71 (да), 78 (да), 84 (да), 89 (да), 94 (да).

7. *Шкала склонности к деликвентному поведению:* 1 (да), 3 (да), 7 (да), 11 (да), 25 (да), 28 (да), 31 (да), 35 (да), 43 (да), 48 (да), 53 (да), 58 (да), 61 (да), 63 (да), 64 (да), 66 (да), 79 (да), 93 (нет), 98 (да), 99 (да), 102 (да).

8. *Шкала принятия женской социальной роли:* 3 (нет), 5 (нет), 9 (нет), 16 (нет), 18 (нет), 25 (нет), 41 (нет), 45 (нет), 51 (нет), 58 (нет), 61 (нет), 68 (нет), 73 (нет), 85 (нет), 93 (да), 95 (да), 96 (нет), 105 (да), 106 (нет), 107 (да).

Обработка результатов теста

Первый вариант обработки результатов теста

Внимание: со вторым вариантом обработки результатов существуют некоторые неточности, поэтому рекомендуем использовать именно этот вариант.

Каждому ответу в соответствии с ключом присваивается 1 балл. Далее по каждой шкале подсчитывается суммарный балл, который сравнивается с тестовыми нормами. При отклонении индивидуальных результатов исследуемого от среднего суммарного бала по шкале больше чем на 1S измеряемую психологическую характеристику можно считать

выраженной. Если индивидуальный суммарный балл исследуемого меньше среднего на $1S$, то измеряемое свойство оценивается как маловыраженное. Кроме того, если известна принадлежность исследуемого к «деликвентной» популяции, то его индивидуальные результаты целесообразно сравнивать с тестовыми нормами, которые рассчитаны для «деликвентной» подвыборки.

Тестовые нормы методики СОП

Шкалы

	«Нормальная» выборка		«Деликвентная» выборка	
	M	S	M	S
1.	2,27	2,06	2,49	2,13
2.	7,73	2,88	10,27	2,42
3.	9,23	4,59	15,97	3,04
4.	10,36	3,4	10,98	2,76
5.	12,47	4,23	14,64	3,94
6.	8,04	3,29	9,37	3,01
7.	7,17	4,05	14,38	3,22

Второй вариант обработки результатов теста

Каждому ответу в соответствии с ключом присваивается 1 балл. Затем по каждой шкале подсчитывается первичный суммарный балл, который затем при необходимости подвергается коррекции в связи с действием фактора специальной желательности в соответствии с процедурой, описанной выше. Затем производится перевод «сырых» баллов в стандартные Т-баллы. В том случае, если у пользователя имеются набранные им специализированные тестовые нормы, перевод в стандартные Т-баллы производится по формуле:

$$T=10 * (X_i - M) / (S + 50),$$

где:

- X_i – первичный («сырой») балл по шкале;
- M – среднее значение первичного суммарного балла по шкале в выборке стандартизации;
- S – стандартное отклонение значений первичных баллов в выборке стандартизации.

Варианты коэффициентов коррекции в зависимости от значений «сырого» балла по шкале № 1:

Мужской вариант методики

В случае, если первичный балл по шкале № 1 меньше или равен 6 баллам для «обычных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,3;
- для шкалы № 3 = 0,3;
- для шкалы № 4 = 0,2;
- для шкалы № 5 = 0,2;
- для шкалы № 6 = 0,3;
- для шкалы № 7 = 0,2.

В случае, если первичный балл по шкале № 1 меньше или равен 6 баллам для «деликвентных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,3;
- для шкалы № 3 = 0,5;
- для шкалы № 4 = 0,3;
- для шкалы № 5 = 0,2;
- для шкалы № 6 = 0,3;
- для шкалы № 7 = 0,5.

В случае, если первичный балл по шкале № 1 больше 6 баллов как для «обычных», так и для «деликвентных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,7;
- для шкалы № 3 = 0,6;
- для шкалы № 4 = 0,4;
- для шкалы № 5 = 0,5;
- для шкалы № 6 = 0,3;
- для шкалы № 7 = 0,5.

Женский вариант методики

В случае, если испытуемые относятся к подвыборке «обычных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкалы № 2 = 0,4;
- для шкалы № 3 = 0,4;
- для шкалы № 4 = 0,2;
- для шкалы № 5 = 0,3;
- для шкалы № 6 = 0,5;
- для шкалы № 7 = 0,4.

В случае, если испытуемые заведомо относятся к подвыборке «деликвентных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:

- для шкали № 2 = 0,4;
- для шкали № 3 = 0,4;
- для шкали № 4 = 0,3;
- для шкали № 5 = 0,4;
- для шкали № 6 = 0,5;
- для шкали № 7 = 0,5.

Таблиця норм при переведі «сырых» баллов в Т-баллы

	«Сырой» балл				Т-баллы			
	1	2	3	4	5	6	7	
0	35		26					
1	44	27	28	24	24	26	32	
2	50	31	30	26	27	30	34	
3	55	34	33	29	29	33	37	
4	58	37	35	32	31	37	39	
5	62	40	37	35	34	40	41	
6	65	43	39	37	36	44	43	
7	67	46	42	40	39	48	46	
8	70	50	44	43	41	51	48	
9	74	53	46	45	43	55	50	
10		85	56	48	48	46	58	
11		89	59	50	51	48	62	
12		63	53	54	51	65	57	
13		66	55	56	53	69	59	
14		69	57	59	55	73	62	
15		72	59	62	58	77	64	
16		75	62	64	60	81	66	
17		78	64	67	62	85	68	
18			81	66	70	65	71	
19			84	68	72	67	73	
20			87	70	75	70	75	
21			90	72	78	72	77	
22				74	81	74	79	
23				76	84	77	81	
24				78	87	79	83	
25				80	90	81	85	
26				82		83	87	
27				84			85	
28							87	
29							89	

Описание шкал и их интерпретация

1. Шкала установки на социальную желательность (служебная шкала)

Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого представлять себя в наиболее благоприятном свете с точки зрения социальной желательности.

Показатели от 50 до 60 Т-баллов свидетельствует об умеренной тенденции давать при заполнении опросника социально желательные ответы. Показатели свыше 60 баллов свидетельствуют о тенденции испытуемого демонстрировать строгое соблюдение даже малозначительных социальных норм, умышленном стремлении показать себя в лучшем свете, о настороженности по отношению к ситуации обследования.

Результаты, находящиеся в диапазоне 70-89 баллов, говорят о высокой настороженности испытуемого по отношению к психодиагностической ситуации и о сомнительной достоверности результатов по основным шкалам. О восприятии ситуации как экспертной одновременно с умеренно высокими показателями по шкале № 1 также свидетельствует их резкое понижение по основным диагностическим шкалам и повышение по шкале женской социальной роли.

Для мужской популяции превышение суммарного первичного балла по шкале социальной желательности значения 11 первичных баллов свидетельствуют о недостоверности результатов по основным шкалам.

Показатели ниже 50 Т-баллов говорят о том, что испытуемый не склонен скрывать собственные нормы и ценности, корректировать свои ответы в направлении социальной желательности.

Отмечено также, что младшие подростки (14 лет и младше) не способны длительное время следовать установке на социально желательные ответы.

Одновременно высокие показатели по служебной шкале и по основным шкалам (кроме шкалы 8) свидетельствуют либо о сомнительной достоверности результатов, либо о диссоциации в сознании испытуемого известных ему и реальных норм поведения.

2. Шкала склонности к преодолению норм и правил

Данная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого к преодолению каких-либо норм и правил, склонности к отрицанию общепринятых норм и ценностей, образцов поведения.

Результаты, лежащие в диапазоне 50-60 Т-баллов, свидетельствуют о выраженности вышеуказанных тенденций, о неконформистских установках испытуемого, о его склонности противопоставлять собственные нормы и ценности групповым, о тенденции «нарушать спокойствие», искать трудности, которые можно было бы преодолеть.

Показатели, находящиеся в диапазоне 60-70 Т-баллов, свидетельствуют о чрезвычайной выраженности неконформистских тенденций, проявлении негативизма и заставляют сомневаться в достоверности результатов тестирования по данной шкале.

Результаты ниже 50 Т-баллов по данной шкале свидетельствуют о конформных установках испытуемого, склонности следовать стереотипам и общепринятым нормам поведения. В некоторых случаях при условии сочетания с достаточно высоким интеллектуальным уровнем испытуемого и тенденции скрывать свои реальные нормы и ценности такие оценки могут отражать фальсификацию результатов.

3. Шкала склонности к аддиктивному поведению

Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать аддиктивное поведение.

Результаты в диапазоне 50-70 Т-баллов по данной шкале свидетельствуют о предрасположенности испытуемого к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, о склонностях к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Кроме того, эти результаты свидетельствуют об ориентации на чувственную сторону жизни, о наличии «сенсорной жажды», о гедонистически ориентированных нормах и ценностях.

Показатели свыше 70 Т-баллов свидетельствует о сомнительности результатов либо о наличии выраженной психологической потребности в аддиктивных состояниях, что необходимо выяснять, используя дополнительные психодиагностические средства.

Показатели ниже 50 Т-баллов свидетельствуют либо о невыраженности вышеперечисленных тенденций, либо о хорошем социальном контроле поведенческих реакций.

4. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению

Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать различные формы аутоагрессивного поведения. Объект измерения очевидно частично пересекается с психологическими свойствами, измеряемыми шкалой № 3.

Результаты, находящиеся в диапазоне 50-70 Т-баллов по шкале № 4, свидетельствуют о низкой ценности собственной жизни, склонности к риску, выраженной потребности в острых ощущениях, о садо-мазохистских тенденциях.

Результаты свыше 70 Т-баллов свидетельствуют о сомнительной достоверности результатов.

Показатели ниже 50 Т-баллов по данной шкале свидетельствуют об отсутствии готовности к реализации саморазрушающего поведения, об отсутствии тенденции к соматизации тревоги, отсутствии склонности к реализации комплексов вины в поведенческих реакциях.

5. Шкала склонности к агрессии и насилию

Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого к реализации агрессивных тенденций в поведении.

Показатели, лежащие в диапазоне 50-60 Т-баллов, свидетельствуют о наличии агрессивных тенденций у испытуемого. Показатели, находящиеся в диапазоне 60-70 Т-баллов, свидетельствуют об агрессивной направленности личности во взаимоотношениях с другими людьми, о склонности решать проблемы посредством насилия, о тенденции использовать унижение партнера по общению как средство стабилизации самооценки, о наличии садистических тенденций.

Показатели свыше 70 Т-баллов говорят о сомнительной достоверности результатов.

Показатели, лежащие ниже 50 Т-баллов, свидетельствуют о невыраженности агрессивных тенденций, о неприемлемости насилия как средства решения проблем, о нетипичности агрессии как способа выхода из фрустрирующей ситуации. Низкие показатели по данной шкале в сочетании с высокими показателями по шкале социальной желательности свидетельствуют о высоком уровне социального контроля поведенческих реакций.

6. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций

Данная шкала предназначена для измерения склонности испытуемого контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций (Внимание! Эта шкала имеет обратный характер).

Показатели, лежащие в пределах 60-70 Т-баллов, свидетельствует о слабости волевого контроля эмоциональной сферы, о нежелании или неспособности контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций. Кроме того, это свидетельствует о склонности реализовывать негативные эмоции непосредственно в поведении, без задержки, о несформированности волевого контроля своих потребностей и чувственных влечений.

Показатели ниже 50 Т-баллов по данной шкале свидетельствуют о невыраженности этих тенденций, о жестком самоконтроле любых поведенческих эмоциональных реакций, чувственных влечений.

7. Шкала склонности к деликвентному поведению

Название шкалы носит условный характер, так как шкала сформирована из утверждений, дифференцирующих «обычных» подростков и лиц с зафиксированными правонарушениями, вступавших в конфликт с общепринятым образом жизни и правовыми нормами.

На наш взгляд, данная шкала измеряет готовность (предрасположенность) подростков к реализации деликвентного поведения. Выражаясь метафорически, шкала выявляет «деликвентный потенциал», который лишь при определенных обстоятельствах может реализоваться в жизни подростка.

Результаты, находящиеся в диапазоне 50-60 Т-баллов, свидетельствуют о наличии деликвентных тенденций у испытуемого и о низком уровне социального контроля.

Результаты выше 60 Т-баллов свидетельствуют о высокой готовности к реализации деликвентного поведения.

Результаты ниже 50 Т-баллов говорят о невыраженности указанных тенденций, что в сочетании с высокими показателями по шкале социальной желательности может свидетельствовать о высоком уровне социального контроля.

Необходимо также учитывать, что содержание и структура деликвентного поведения у юношей и девушек существенно отличаются и соответственно различаются пункты, входящие в шкалу деликвентности для женского и мужского видов методики.

Источники

Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М. : Изд-во Института Психотерапии. 2002. – С. 362–370. Определение склонности к отклоняющемуся поведению (А. Н. Орел) / Клейберг Ю. А. Социальная психология девиантного поведения : [учебное пособие для вузов] / Ю. А. Клейберг. – М., 2004. – С. 141–154.

Шкали оцінки станів

Шкала депресії А. Бека

Шкала депрессии А. Бека

(Бек А. Т. Когнитивная терапия депрессии / А. Т. Бек, Д. А. Раш, Б. Ф. Шо, Г. Эмери. – СПб. : Питер, 2003. – С. 298)

Имя _____ Дата _____

Данный опросник составлен из групп утверждений. Внимательно прочтите каждую группу утверждений и выберите утверждение, которое наиболее точно отражает ваше самочувствие, образ мыслей или настроение на этой неделе, включая сегодняшний день. Обведите номер выбранного утверждения. Если несколько утверждений кажутся вам одинаково справедливыми, обведите их номера. Не делайте пометок в бланке, пока не прочтете все утверждения, объединенные общим номером.

1

0 Я не испытываю печали.

1 Я испытываю печаль.

2 Я все время испытываю печаль и не могу отделаться от нее.

3 Я испытываю невыносимую печаль.

2

0 Я спокойно думаю о будущем.

1 Мысли о будущем вызывают у меня тревогу и/или опасения.

2 Мне нечего ждать и не на что надеяться.

3 Я не жду ничего хорошего в будущем.

3

0 Я не считаю себя неудачником.

1 Мне кажется, что я терплю неудачи чаще, чем большинство людей.

2 Моя жизнь – сплошная цепь неудач.

3 Я считаю себя полным неудачником.

4

0 Я получаю удовольствие от любимых вещей и занятий.

1 Я не получаю прежнего удовольствия от любимых вещей и занятий.

2 Ничто не доставляет мне удовольствия.

3 Любое занятие вызывает у меня тоску или скуку.

5

0 Я не испытываю чувства вины.

1 Я довольно часто чувствую себя виноватым.

2 Я очень часто чувствую себя виноватым.

- 3 Меня гложет постоянное чувство вины.
6
0 Я не считаю, что я заслуживаю наказания.
1 Я допускаю, что заслуживаю наказания.
2 Я все время жду наказания.
3 Я чувствую, что судьба наказывает меня.
7
0 Я вполне доволен собой.
1 Я недоволен собой.
2 Я противен себе.
3 Я ненавижу себя.
8
0 Я не думаю, что я хуже других людей.
1 Я критикую себя за слабости и ошибки.
2 Я постоянно ругаю себя за разного рода проступки и ошибки.
3 Я ругаю себя за все плохое, что происходит вокруг.
9
0 У меня не возникает мыслей о самоубийстве.
1 У меня появляются мысли о том, чтобы покончить с собой, но я не сделаю этого.
2 Я хочу покончить с собой.
3 Я бы покончил с собой, если бы мне представилась возможность.
10
0 Я плачу не чаще обычного.
2 Я плачу чаще обычного.
3 Я все время плачу.
4 Раньше я часто плакал, но теперь не могу заплакать, даже когда мне хочется плакать.
11
0 Я испытываю раздражение не чаще обычного.
2 Я раздражаюсь легче обычного.
3 В настоящее время я постоянно испытываю чувство внутреннего недовольства и раздражение.
4 То, что раньше вызывало у меня раздражение, теперь глубоко безразлично мне.
12
0 Я не утратил интереса к людям.
1 Люди интересуют меня меньше, чем прежде.
2 Я почти утратил интерес к людям.
3 Люди глубоко безразличны мне.

13

0 Мне не стало труднее принимать решения.

1 Теперь я чаще обычного медлю с принятием решений.

2 Я с огромным трудом принимаю решения.

3 Я не в состоянии принимать решения.

14

0 Я не считаю, что выгляжу хуже обычного.

1 Меня беспокоит, что я выгляжу хуже обычного и кажусь старше своих лет.

2 Я чувствую, что с каждым днем выгляжу все хуже и хуже.

3 Я убежден, что выгляжу ужасно.

15

0 Мне работается так же, как прежде.

1 Теперь мне приходится заставлять себя приниматься за работу.

2 Я с трудом заставляю себя приняться за работу.

3 Я не в состоянии работать.

16

0 Я сплю не меньше и не хуже обычного.

1 Я сплю хуже обычного.

2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше обычного, и мне трудно снова заснуть.

3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и уже не могу заснуть.

17

0 Я устаю не больше обычного.

1 Я устаю быстрее, чем обычно.

2 Я устаю от любого занятия.

3 Я чувствую себя таким усталым, что не в состоянии чем-либо заниматься.

18

0 У меня нормальный аппетит.

1 Мой аппетит стал хуже.

2 У меня почти нет аппетита.

3 У меня совсем нет аппетита.

19

0 Мой вес остается почти неизменным.

1 За последнее время я похудел более чем на 5 фунтов.

2 За последнее время я похудел более чем на 10 фунтов.

Я стараюсь похудеть, сознательно ограничивая себя в еде.

Да _____ Нет _____

3 За последнее время я похудел более чем на 15 фунтов.

20

0 Мое здоровье не дает мне особых поводов для беспокойства.

1 Меня беспокоят имеющиеся у меня физические симптомы (например, боли, расстройства желудка, запоры).

2 Я очень обеспокоен имеющимися симптомами, и мне трудно думать о чем-то другом.

3 Меня так беспокоит состояние моего здоровья, что я не могу думать ни о чем другом.

21

0 Я сохраняю обычный интерес к сексу.

1 Сейчас секс интересует меня меньше, чем обычно.

2 Мой интерес к сексу заметно снизился.

3 Я полностью утратил интерес к сексу.

Шкала оцінки депресії Гамільтона

Шкала оценки депрессии Гамильтона

Баллы	Параметр
0	Суицидальных мыслей нет
1	Пациент чувствует, что жить не стоит, однако не выражает желания умереть
2	Пациент хочет умереть, но не имеет планов покончить с собой
3	Есть вероятность, что пациент обдумывает совершение суицида
4	В течение нескольких дней до интервью пациент пытался совершить самоубийство или находится под специальным наблюдением в связи с риском суицида

Оціночна шкала для депресій Монтгомері-Асберга

(Шкала MADRS)

Оценочная шкала для депрессий Монтгомери-Асберга

(Шкала MADRS)

1. Наблюдаемая печаль:

0 печаль отсутствует;

1

2 выглядит удрученным, но легко отвлекается;

3

4 печальный и несчастный большую часть времени;

5

6 выглядит печальным постоянно, чрезвычайно подавлен и несчастен.

2. Высказываемая печаль:

- 0 редкая печаль, обусловленная обстоятельствами;
- 1
- 2 печальный, но легко отвлекается;
- 3
- 4 преобладают печальные или мрачные чувства, настроение определяется влиянием внешних (неблагоприятных) обстоятельств;
- 5
- 6 постоянна печаль, страдание или отчаяние.

3. Внутреннее напряжение:

- 0 спокоен, лишь мимолетное внутреннее напряжение;
- 1
- 2 редкое чувство внутреннего дискомфорта;
- 3
- 4 постоянное ощущение внутреннего напряжения или паники, с которым больной справляется с известным трудом;
- 5
- 6 жестокий ужас или мучение, непреодолимая паника.

4. Ухудшение сна:

- 0 спит как обычно;
- 1
- 2 малозаметные трудности засыпания, слегка нарушенный или прерывистый сон;
- 3
- 4 сон нарушен, по крайней мере, в течение двух часов;
- 5
- 6 менее чем двух- или трехчасовой сон.

5. Нарушение аппетита:

- 0 нормальный или повышенный аппетит;
- 1
- 2 немного пониженный аппетит;
- 3
- 4 отсутствие аппетита, пища лишена вкуса;
- 5
- 6 питается по принуждению.

Продовження табл.

6. Трудности концентрации:

0 отсутствуют;

1

2 редкое затруднение внимания;

3

4 трудности концентрации, неотвязные мысли, мешающие читать или поддерживать разговор;

5

6 неспособность читать, большие трудности в беседе.

7. Усталость:

0 трудности в начале деятельности сомнительны, вялости нет;

1

2 затруднение начать активную деятельность;

3

4 трудности начать рутинные действия, сопряженные с затратой сил;

5

6 сильная вялость, неспособность делать хоть что-нибудь без помощи.

8. Неспособность испытывать чувства:

0 нормальный интерес к окружающему и людям;

1

2 снижение способности получать удовольствие от обычных интересов;

3

4 низкий интерес к окружающему, снижение чувств к друзьям и близким;

5

6 явления эмоционального паралича, неспособность испытывать гнев, горе или удовольствие, мучительное отсутствие чувств к родственникам и друзьям.

9. Пессимистические мысли:

0 отсутствуют;

1

2 непостоянные идеи неудачливости, самоупрек или самоосуждение;

3

4 повторяющееся самообвинение или ясные, но рациональные идеи вины или греховности, нарастающий пессимизм в отношении будущего;

5

6 бред гибели или неискупимого греха, абсурдное и непоколебимое самообвинение;

Закінчення табл.

10. Суїцидальні думки:

- 0 отримує задоволення від життя або сприймає її такою, якою вона є;
- 1
- 2 втомленість від життя, мимолетні суїцидальні думки;
- 3
- 4 можлива вигода від смерті, загальноприйняті суїцидальні думки, суїцид розглядається як можливе рішення, але без спеціальних планів і цілей;
- 5
- 6 явні суїцидальні наміри (якщо надасться випадок), активна підготовка до самоубийства.

Загальний рахунок за шкалою

При інтерпретації даних бали розраховуються наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 6 відповідно до наростання тяжкості симптома. Максимальний сумарний бал становить 60. Сума балів відповідає (Дж. Д. Гвелфі, 1993):

- 0-15 балів – відсутності депресивного епізоду;
- 16-25 балів – малому депресивному епізоду;
- 26-30 балів – помірного депресивного епізоду;
- вище 30 балів – великому депресивному епізоду.

Індекс благополуччя ВООЗ

Індекс благополуччя ВООЗ

(Напрасна смерть: причини і профілактика самоубийств /
[ред. Д. Вассерман]. – М. : Смысл, 2005)

Підрахунок балів: попередній підрахунок сумується з балів п'яти відповідей. Предварительный подсчет может колебаться от 0 до 25, где 0 представляет наихудшее возможное, а 25 – наилучшее возможное качество жизни.

Для отримання підрахунку в відсотках від 0 до 100 попередній результат множиться на 4. Таким чином, 0 представляє наихудшее возможное, а 100 – наилучшее возможное качество жизни.

На протяженні последних двух недель		Все время	Большую часть времени	Более половины времени	Меньше половины времени	Некоторое время	Никогда
1	Я испытывал радость и хорошее настроение	5	-		2 1 /		0
2	Я чувствовал себя спокойным и расслабленным		*		2 1		0
3	Я чувствовал себя активным и энергичным	5	4	3	i		0
4	Я просыпался свежим и отдохнувшим	5		ч	2	J 1	0
5	Моя повседневная жизнь была заполнена тем, что для меня интересно				1	1	0

Психометричні можливості індексу благополуччя ВООЗ виявилися цілком прийнятними щодо внутрішньої і зовнішньої валідності. Отже, під час порівняння з іншими опитувальниками, наприклад опитувальником загального здоров'я, індекс благополуччя ВООЗ було визнано кращим інструментом скринінгу депресії в умовах надання первинної допомоги. Найважливішим виявилось, що цей опитувальник не чинив ніякого негативного впливу на піддослідних і не викликав негативних реакцій, імовірно, у силу відсутності стигматизаційного ефекту його параметрів. Відповідно до рекомендацій, стандартні значення шкали, що свідчать про низький рівень благополуччя людей, становлять суму, що дорівнює 50 % або нижче.

Шкала Ч. Д. Спілберга, Ю. Л. Ханіна
 Шкала Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина
 (Шкала самооценки уровня тревожности)

Бланк для ответов

Фамилия _____ Дата _____

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	2	3	4	5	6
1.	Я спокоен	1	2	3	4
2.	Мне ничего не угрожает	1	2	3	4
3.	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4.	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5.	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6.	Я расстроен	1	2	3	4
7.	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8.	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9.	Я встревожен	1	2	3	4
10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11.	Я уверен в себе	1	2	3	4
12.	Я неврвничаю	1	2	3	4
13.	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14.	Я взвинчен	1	2	3	4
15.	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16.	Я доволен	1	2	3	4
17.	Я озабочен	1	2	3	4
18.	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19.	Мне радостно	1	2	3	4
20.	Мне приятно	1	2	3	4

Бланк для ответов

Фамилия _____ Дата _____

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1	2	3	4	5	6
21.	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22.	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23.	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24.	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25.	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26.	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27.	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28.	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29.	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30.	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31.	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32.	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33.	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34.	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35.	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36.	Я доволен	1	2	3	4
37.	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39.	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40.	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

В течение последнего месяца я...	Нет	Иногда	Часто	Почти всегда
Испытывал(а) бессонницу	0	1	2	3
Чувствовал(а) себя грустным	0	1	2	3
Чувствовал(а), что всякие физические и умственные действия требуют усилия	0	1	2	3
Испытывал(а) недостаток энергии или чувство усталости	0	1	2	3
Чувствовал(а) одиночество	0	1	2	3
Чувствовал(а) безнадежность в отношении будущего	0	1	2	3
Не испытывал(а) удовольствия от жизни	0	1	2	3
Чувствовал(а) себя никчемным или ненужным	0	1	2	3
Чувствовал(а), что в жизни больше нет никакой радости	0	1	2	3
Чувствовал(а), что не могу развеять свою грусть даже с помощью семьи или друзей	0	1	2	3

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

$РТ = \sum 1 - \sum 2 + 50$, где:

$\sum 1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17, 18;

$\sum 2$ – сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 19, 20);

$ЛТ = \sum 1 - \sum 2 + 35$, где $\sum 1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\sum 2$ – сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При интерпретации результат можно оценивать следующим образом: до 30 – низкая тревожность; 31-45 – умеренная тревожность; 46 и более – высокая тревожность.

Ерл Гроллман

Що можна зробити для того, щоб допомогти?

1. Підбирайте ключі до розгадки суїциду. Суїцидальна превенція полягає не тільки в турботі та участі друзів, а й у здатності розпізнати ознаки прийдешньої небезпеки. Ваше знання її принципів і прагнення володіти цією інформацією може врятувати чиесь життя. Ділячись ними з іншими, ви здатні зруйнувати міфи і помилки, через які не запобігають багатьома суїцидами.

Шукайте ознаки можливої небезпеки: суїцидальні погрози, попередні спроби самогубства, депресії, значні зміни поведінки або особистості людини, а також приготування до останнього волевиявлення. Уловіть прояви безпорадності й безнадійності і визначте, чи не є людина самотньою та ізольованою. Чим більше буде людей, які усвідомлюють ці застереження, тим значнішими стануть шанси уникнення самогубства з переліку основних причин смерті.

2. Прийміть суїцидента як особистість. Допустіть можливість, що людина дійсно є суїцидальною особистістю. Не вважайте, що вона нездатна і не зможе зважитися на самогубство. Іноді спокусливо заперечувати можливість того, що хто-небудь може утримати людину від суїциду. Саме тому тисячі людей – різного віку, рас і соціальних груп – здійснюють самогубства. Не дозволяйте іншим вводити вас в оману щодо несерйозності конкретної суїцидальної ситуації. Якщо ви вважаєте, що будь-кому загрожує небезпека самогубства, дійте відповідно до своїх власних переконань. Небезпека, що ви розгубитеся, перебільшивши потенційну загрозу, – ніщо, порівняно з тим, що хтось може загинути через ваше невтручання.

3. Установіть дбайливі взаємини. Не існує всеохопних відповідей на таку серйозну проблему, якою є самогубство. Але ви можете зробити гігантський крок уперед, якщо станете на позицію впевненого прийняття зневіреної людини. Надалі дуже багато залежить від якості ваших взаємин. Їх слід висловлювати не лише словами, а й невербальною емпатією; у цих обставинах доречні не моралізування, а підтримка.

Замість того, щоб страждати від самоосуду та інших переживань, тривожна особистість повинна постаратися зрозуміти свої почуття. Для людини, яка відчуває, що вона марна та її не люблять, турбота й участь чужої людини є потужними підбадьорювальними засобами. Саме таке ви найкраще проникнете в ізольовану душу, що зневірилася.

4. Будьте уважним слухачем. Суїциденти особливо страждають від сильного почуття відчуження. У силу цього вони бувають не налаштовані прийняти ваші поради. Значно більше вони потребують обговорення свого болю, фрустрації й того, про що говорять: «У мене немає нічого такого, заради чого варто було б жити». Якщо людина страждає від депресії, то їй потрібно більше говорити самій, ніж розмовляти з нею.

У вас може з'явитися фрустрація, образа чи гнів, якщо людина не відповість негайно на ваші думки і потреби. Розуміння, що в того, про кого ви дбаєте, існує суїцидальна налаштованість, зазвичай викликає в помічника страх відкидання, небажаність, безсилля або непотрібність. Незважаючи на це, пам'ятаєте, що цій людині важко зосередитися на чомусь, окрім своєї безвихідної ситуації. Вона хоче позбутися болю, але не може знайти цілощого виходу. Якщо хтось зізнається вам, що думає про самогубство, не засуджуйте його за ці висловлювання. Намагайся за можливістю залишатися спокійним і чуйним. Ви можете сказати: «Я дуже ціную вашу відвертість, адже для того, щоб поділитися своїми почуттями, зараз від вас потрібно багато мужності». Ви можете надати неоціненну допомогу, вислухавши слова, що виражають почуття людини, будь це печаль, провина, страх чи гнів. Іноді, якщо ви просто мовчки посидите з нею, це виявиться доказом вашого зацікавленого і дбайливого ставлення.

Як психологи, так і неспеціалісти повинні розвивати в собі мистецтво «слухати третім вухом». Під цим мається на увазі проникнення в те, що «висловлюється» невербальною поведінкою, апетитом, настроєм і мімікою, рухами, порушеннями сну, готовністю до імпульсивних учинків у гострій кризовій ситуації. Незважаючи на те, що основні провісники самогубства часто завуальовані, тим не менш, вони можуть бути розпізнані сприйнятливим слухачем.

5. Не сперечайтесь. Стикаючись із суїцидальним ризиком, друзі й родичі часто відповідають: «Подумай, адже ти ж живеш набагато краще за інших людей; тобі б слід було дякувати долі». Ця відповідь відразу блокує подальше обговорення; такі зауваження викликають у нещасного і без того ще більшу пригніченість. Бажаючи допомогти, близькі сприяють зворотному ефекту.

Можна зустріти часто й інше знайоме зауваження: «Ти розумієш, які нещастя і ганьбу ти накличеш на свою сім'ю?». Але, можливо, за ним ховається саме та думка, яку бажає здійснити суїцидент. У жодному разі не виявляйте агресії, якщо ви присутні під час розмови про самогубство, і постарайтеся не висловлювати потрясіння тим, що почули. Вступаючи в дискусію з пригніченою людиною, ви можете не тільки програти суперечку, а й втратити її.

6. Ставте питання. Якщо ви ставите такі непрямі питання, як: «Я сподіваюся, що ти не замислюєш самогубства?», то в них мається на увазі відповідь, яку вам би хотілося почути. Якщо близька людина відповідь: «Ні», то вам, швидше за все, не вдасться допомогти у вирішенні суїцидальної кризи.

Кращий спосіб втрутитися в кризу – це дбайливо поставити пряме запитання: «Ти думаєш про самогубство?». Воно не призведе до подібної думки, якщо в людини її не було; навпаки, коли вона думає про самогубство і, нарешті, знаходить когось, кому небайдужі її переживання і хто згоден обговорити цю заборонену тему, то часто відчуває полегшення і їй дається можливість зрозуміти свої почуття й досягти катарсису.

Слід спокійно й дохідливо запитати про тривожні ситуації, наприклад: «Відколи ви вважаєте своє життя настільки безнадійним?», «Як ви думаєте, чому у вас з'явилися ці почуття?», «Чи є у вас конкретні міркування про те, як покінчити з собою?», «Якщо ви раніше міркували про самогубство, що вас зупинило?». Щоб допомогти суїциденту розібратися у своїх думках, можна іноді перефразувати, повторити найбільш істотні його відповіді: «Іншими словами, ви говорите...». Ваша згода обговорити те, чим хочуть поділитися з вами, буде великим полегшенням для зневіреної людини, яка відчуває страх, що ви її засудите, і готова до того, щоб піти.

7. Не пропонуйте невиправданих утіх. Одним із важливих механізмів психологічного захисту є раціоналізація. Після того, що ви почули від когось про суїцидальну загрозу, у вас може виникнути бажання сказати: «Ні, ви так насправді не думаєте». Для цих умовиводів часто немає жодних підстав, за винятком вашої особистої тривоги.

Причина, з якої суїцидент посвячує у свої думки, полягає в бажанні викликати стурбованість його ситуацією. Якщо ви не виявите зацікавленості й чуйності, то депресивна людина може зрозуміти судження типу: «Ви насправді так не думаєте» – як прояв відкидання та недовіри. Якщо вести з нею бесіду з любов'ю і турботою, то це значно знизить загрозу самогубства. В іншому випадку її можна довести до суїциду банальними розрадами якраз тоді, коли вона потребує щирої, дбайливої та відвертої участі в її долі.

Суїцидальні люди з презирством ставляться до зауважень типу: «Нічого, нічого, у всіх є такі ж проблеми, як у тебе» та іншими аналогічними кліше, оскільки вони різко контрастують з їхніми муками. Ці висновки лише мінімізують, принижують їхні почуття і примушують відчувати себе ще більш непотрібними й марними.

8. Запропонуйте конструктивні підходи. Замість того, щоб говорити суїциденту: «Подумай, якого болю завдасть твоя смерть близьким»,

попросіть поміркувати про альтернативні рішення, які, можливо, ще не спадали йому на думку.

Одне з найбільш важливих завдань профілактики суїцидів полягає в тому, щоб допомогти визначити джерело психічного дискомфорту. Це може бути важко, оскільки «живильним середовищем» суїциду є таємність. Найбільш відповідними питаннями для стимуляції дискусії можуть бути: «Що з вами сталося за останній час?», «Коли ви відчули себе гірше?», «Що сталося у вашому житті з того часу, як виникли ці зміни?», «Кого з оточуючих вони стосувалися?». Потенційного самогубця слід підштовхнути до того, щоб він ідентифікував проблему і якомога точніше визначив, що її підсилює.

Зневірену людину необхідно запевнити, що вона може говорити про почуття без сорому, навіть про такі негативні емоції, як ненависть, гіркота або бажання помститися. Якщо людина все ж таки не наважується проявити свої потаємні почуття, то, можливо, вам вдасться навести на відповідь, зауваживши: «Мені здається, ви дуже засмучені» або: «На мою думку, ви зараз заплачете». Має сенс також сказати: «Ви все-таки схвильовані. Можливо, якщо ви поділитесь своїми проблемами зі мною, я буду намагатись зрозуміти вас».

Актуальна психотравматична ситуація може виникнути через розпад взаємин із партнером або дітьми. Людина може страждати від невіршеного горя або будь-якої соматичної хвороби. Тому слід брати до уваги всі її почуття й незгоди.

Якщо кризова ситуація й емоції виражені, то далі йде роз'яснення, як людина вирішувала подібні ситуації в минулому. Це називається «оцінкою ресурсів, наявних для вирішення проблеми». Вона включає вислуховування опису попереднього досвіду в аналогічній ситуації. Для ініціювання можна поставити запитання: «Чи не було у вас раніше схожих переживань?». Існує унікальна можливість спільно розкрити засоби, за допомогою яких людина додала кризу в минулому. Вони можуть бути корисними й для вирішення теперішнього конфлікту.

Намагайтесь з'ясувати, що залишається більш позитивно значущим для людини, що вона ще цінує. Відзначте ознаки емоційного пожвавлення, коли мова зайде про «найкращий» час у житті, особливо стежте за її очима. Що з того, що вона має, для неї важливо досягти? Хто ті люди, які продовжують її хвилювати? І тепер, коли життєва ситуація проаналізована, чи не виникло жодних альтернатив? Чи не з'явився промінь надії?

9. Утілюйте надію. Робота зі схильними до саморуйнування депресивними людьми є серйозною і відповідальною. Психотерапевти давно дійшли висновку, що дуже цінним є зосередження на тому, що

вони говорять або відчувають. Коли думки, що хвилюють, виходять на поверхню, незгоди здаються менш фатальними і більше розв'язуються. Людина, яку постійно щось тривожить, може дійти висновку: «Я так і не знаю, як вирішити цю ситуацію. Але тепер, коли зрозумілі мої труднощі, я бачу, що може бути ще якась надія».

Надія допомагає людині вийти з поглиблених думок про самогубство. У недавній історії прикладом може слугувати поведінка євреїв під час голокосту, коли А. Гітлер прагнув їх повністю винищити. Перед 1940 р. середньомісячна кількість самогубств становила 71,2. У травні того ж року, відразу після вторгнення нацистів, вона зросла до 371. Люди йшли на самогубства через страх потрапити в концентраційні табори. Євреї, які не уникали цієї страшної долі, спочатку зберігали віру у визволення чи воз'єднання сімей. Поки залишалася хоча б іскра надії, відбувалося порівняно мало суїцидів. Коли ж війна стала здаватися нескінченною і почали доходити чутки про розправи гітлерівців над мільйонами людей, то суїциди серед в'язнів таборів взяли форму епідемії. Ще одна хвиля самогубств прокотилася в самому кінці війни, коли люди дізналися про смерть своїх близьких або повністю перейнялися жахом смертників, що знаходяться в таборах.

Втрату надій на гідне майбутнє відображають записки, залишені самогубцями. Саморуйнування відбувається, якщо люди втрачають останні краплі оптимізму, а їхні близькі якимось чином підтверджують марність надій. Хтось із цього приводу дотепно зауважив: «Ми сміємося над людьми, які сподіваються, і відправляємо в лікарні тих, хто втратив надію». Як би там не було, надія повинна виходити з реальності. Не має сенсу говорити: «Не хвилюйся, все буде добре», коли все добре бути не може. Надія не може будуватися на порожніх утіхах. Надія виникає не з відірваних від реальності фантазій, а з реальної здатності бажати й досягати. Померла кохана людина не може повернутися, як не надійся і не молися. Але його близькі можуть відкрити для себе нове розуміння життя. Надії повинні бути обґрунтовані: коли корабель розбивається об каміння, є відмінності між надією доплисти до найближчого берега або досягти протилежного берега океану. Коли люди повністю втрачають надію на гідне майбутнє, вони потребують підтримки й поради, пропозиції будь-якої альтернативи. «Як би ви могли змінити ситуацію?», «Якому б втручанням ззовні ви могли б протистояти?», «До кого ви могли б звернутися за допомогою?». Оскільки суїцидальні особи страждають від внутрішнього емоційного дискомфорту, усе навколишнє здається їм похмурим. Але їм важливо відкрити, що немає сенсу зупинятись на одному полюсі емоцій. Людина може любити, не заперечуючи, що іноді відчуває відверту

ненависть; сенс життя не зникає, навіть якщо воно завдає душевного болю. Темрява і світло, радості й печалі, щастя і страждання є нероздільно переплетеними нитками в тканини людського існування. Отже, підстави для реалістичної надії мають бути представлені чесно, переконливо і м'яко. Дуже важливо, якщо ви зміцните сили і можливості людини, переконати її, що кризові проблеми зазвичай минуші, а самогубство не безповоротне.

10. Оцініть ступінь ризику самогубства. Намагайтесь визначити серйозність можливого самогубства. Адже наміри можуть відрізнятись, починаючи зі швидкоплинних, розпливчастих думок про таку «можливість» і закінчуючи розробленим планом суїциду шляхом отруєння, стрибка з висоти, використання вогнепальної зброї або мотузки. Дуже важливо виявити й інші фактори, наприклад алкоголізм, вживання наркотиків, ступінь емоційних порушень і дезорганізації поведінки, відчуття безнадійності та безпорадності. Незаперечним фактом є те, що чим більше розроблений метод самогубства, тим вищим є його потенційний ризик. Дуже мало сумнівів у серйозності ситуації залишається, наприклад, якщо депресивний підліток, не приховуючи, дарує комусь свій улюблений магнітофон, з яким він нізащо б не розлучився. У цьому випадку ліки, зброю або ножі слід прибрати подальше.

11. Не залишайте людину одну в ситуації високого суїцидального ризику. Залишайтеся з нею якомога довше або попросіть когось побути з нею, поки не мине криза чи не надійде допомога. Можливо, доведеться зателефонувати на станцію швидкої допомоги або звернутися в поліклініку. Пам'ятайте, що підтримка накладає на вас певну відповідальність.

Для того, щоб показати людині, що оточуючі піклуються про неї, і створити відчуття життєвої перспективи, ви можете укласти з нею т. зв. суїцидальний контракт – попросити про обіцянку зв'язатися з вами перед тим, як вона зважиться на суїцидальні дії в майбутньому для того, щоб ви ще раз змогли обговорити можливі альтернативи поведінки. Як це не дивно, така угода може виявитися досить ефективною.

12. Зверніться за допомогою до фахівців. Суїциденти мають звужений світогляд, своєрідну тунельну свідомість. Їхній розум не в змозі відновити повну картину того, як слід вирішувати нестерпні проблеми. Перше прохання часто полягає в тому, щоб їм було надано допомогу. Друзі, безсумнівно, можуть мати добрі наміри, але їм може не вистачати вміння та досвіду, крім того, вони бувають схильні до зайвої емоційності.

Для тих, хто зазнає суїцидальних тенденцій, можливим помічником може виявитися священник. Вільям Джеймс вважав суїцид релігійним

захворюванням, вилікувати яке може віра. Багато священнослужителів є чудовими консультантами – чуйними і гідними довіри. Але є серед них і такі, які не підготовлені до кризового втручання. Моралізуючи та повчаючи банальностями, вони можуть підштовхнути прихожанина до більшої ізоляції та самозвинувачень.

Надійним джерелом допомоги є сімейні лікарі. Вони зазвичай добре інформовані, можуть правильно оцінити серйозність ситуації і направити людину до фахівця. Спочатку ж, поки пацієнт не отримав кваліфікованої допомоги, сімейний лікар може призначити йому препарати для зниження інтенсивності депресивних переживань.

У жодному разі за суїцидальною загрозою не слід недооцінювати допомогу психіатрів або клінічних психологів. На протигагу загальноприйнятій думці, психіатрична допомога не є розкішно багатих. На сьогодні існують як приватні, так і державні установи, що фінансуються з національних або регіональних фондів, які надають різні види допомоги за низьку ціну. Завдяки своїм знанням, умінням і психотерапевтичному впливу ці фахівці володіють унікальними здібностями розуміти таємні почуття, потреби та очікування людини. Під час психотерапевтичної консультації зневірені люди глибше розкривають свої страждання і тривоги. Якщо депресивна людина не схильна до співпраці і не шукає допомоги фахівців, то ще одним методом лікування є сімейна терапія. У цьому випадку про зневірених не кажуть «пацієнт». Усі члени сім'ї отримують підтримку, висловлюють свої наміри і засмучення, конструктивно виробляючи більш комфортний стиль спільного життя. Поряд із конструктивним зняттям емоційного дискомфорту, сімейна терапія може зробити персональні зміни в оточенні. Іноді єдиною альтернативою допомоги суїциденту, якщо ситуація виявляється безнадійною, стає госпіталізація до психіатричної лікарні. Зволікання може бути небезпечним; госпіталізація може принести полегшення як хворому, так і сім'ї. Проте лікарні, звичайно, не є панацеєю. Самогубство може бути скоєно, якщо хворому дозволять відвідати домашніх, незабаром після виписки з лікарні або безпосередньо під час лікування. Дослідження показали, що істотним є те, як суїциденти сприймають ситуацію інтернування. Чи не розглядають вони лікарню як «в'язницю», в яку вони закриті? Установлено, що ті, хто негативно ставиться до лікування в психіатричному стаціонарі, володіють найвищим суїцидальним ризиком під час надходження до та виписки з лікарні. Крім того, відомо, що найбільш схильні до саморуйнування ставляться до своєї кризи дуже серйозно, а не як до якогось тимчасового стану. Вони реагують на актуальні проблеми лютьми, гнівними вчинками, спрямованими на значущих людей, а потім у ролі розплати переносять це

на себе. Через тривалі невдачі в налагодженні контактів вони дивляться на сім'ї як на негативних «інших». Після виписки з лікарні люди, що мають високий суїцидальний ризик, дуже погано пристосовуються до життя в оточенні. Деякі з них все-таки покінчують із собою, інші повторюють суїцидальні спроби, у результаті чого знову потрапляють до лікарні.

13. Важливість збереження турботи і підтримки. Якщо критична ситуація і минула, то фахівці або сім'ї не можуть дозволити собі відпочити. Це не означає, що найгірше може бути позаду. За поліпшення часто приймають підвищення психічної активності хворого. Буває так, що напередодні самогубства депресивні люди кидаються у вир діяльності. Вони просять вибачення у всіх, кого образили. Бачачи це, усі полегшено зітхають і послаблюють пильність. Але ці вчинки можуть свідчити про рішення розраховатися з усіма боргами і зобов'язаннями, після чого можна покінчити із собою. І дійсно, половина суїцидентів здійснює самогубство не пізніше ніж через три місяці після початку психологічної кризи.

Іноді в метушні життя люди забувають про осіб, які вчинили суїцидальні спроби. За іронією долі, до них багато хто ставиться як до недотеп і невдах. Часто вони стикаються з подвійним презирством: з одного боку, вони «ненормальні», так як хочуть померти, а з іншого – вони настільки «некомпетентні», що й цього не можуть зробити якісно. Вони відчувають великі труднощі в пошуках прийняття і співчуття сім'ї та суспільства.

Емоційні проблеми, що призводять до суїциду, рідко вирішуються повністю, навіть коли здається, що найгірше позаду. Тому ніколи не слід обіцяти повної конфіденційності. Надання допомоги не означає, що необхідно дотримуватися повного мовчання. Як правило, подаючи сигнали можливого самогубства, зневірена людина просить про допомогу. І, безсумнівно, ситуація не вирішиться доти, доки суїцидальна людина не адаптується в житті.

Леонид Андреев

Молчание

I

В одну лунную майскую ночь, когда пели соловьи, в кабинет к о. Игнатию вошла его жена. Лицо ее выражало страдание, и маленькая лампочка дрожала в ее руках. Подойдя к мужу, она коснулась его плеча и, всхлипнув, сказала:

– Отец, пойдем к Верочке!

Не поворачивая головы, о. Игнатий поверх очков исподлобья взглянул на попадью и смотрел долго и пристально, пока она не махнула свободной рукой и не опустилась на низенький диван.

– Какие вы оба с ней... безжалостные! – выговорила она медленно, с сильным ударением на последних слогах, и доброе, пухлое лицо ее исказилось гримасой боли и ожесточения, словно на лице хотела она показать, какие это жестокие люди – муж ее и дочь.

О. Игнатий усмехнулся и встал. Закрыв книгу, он снял очки, положил их в футляр и задумался. Большая черная борода, перевитая серебряными нитями, красивым изгибом легла на его грудь и медленно подымалась при глубоком дыхании.

– Ну, пойдем! – сказал он.

Ольга Степановна быстро встала и попросила заискивающим, робким голосом:

– Только не брани ее, отец! Ты знаешь, какая она...

Комната Веры находилась в мезонине, и узенькая деревянная лестница гнулась и стонала под тяжелыми шагами о. Игнатия. Высокий и грузный, он наклонял голову, чтобы не удариться о пол верхнего этажа, и брезгливо морщился, когда белая кофточка жены слегка задевала его лицо. Он знал, что ничего не выйдет из их разговора с Верой.

– Чего это вы? – спросила Вера, поднимая одну обнаженную руку к глазам. Другая рука лежала поверх белого летнего одеяла и почти не отделялась от него, такая она была белая, прозрачная и холодная.

– Верочка... – начала мать, но всхлипнула и умолкла.

– Вера! – сказал отец, стараясь смягчить свой сухой и твердый голос. – Вера, скажи нам, что с тобою?

Вера молчала.

– Вера, разве мы, твоя мать и я, не заслуживаем твоего доверия? Разве мы не любим тебя? И разве есть у тебя кто-нибудь ближе нас?

Скажи нам о твоём горе, и, поверь мне, человеку старому и опытному, тебе будет легче. Да и нам. Посмотри на старуху-мать, как она страдает...

– Верочка!..

– И мне... – сухой голос дрогнул, точно в нём что переломилось, – и мне, думаешь, легко? Как будто не вижу я, что поедает тебя какое-то горе... а какое? И я, твой отец, не знаю его. Разве должно так быть?

Вера молчала. О. Игнатий с особенной осторожностью провел по своей бороде, словно боялся, что пальцы против воли вопьются в нее, и продолжал:

– Против моего желания поехала ты в Петербург – разве я проклял тебя, ослушницу? Или денег тебе не давал? Или, скажешь, не ласков был я? Ну, что же молчишь? Вот он, Петербург-то твой!

О. Игнатий умолк, и ему представилось что-то большое, гранитное, страшное, полное неведомых опасностей и чуждых, равнодушных людей. И там, одинокая, слабая, была его Вера, и там погубили ее. Злая ненависть к страшному и непонятному городу поднялась в душе о. Игнатия и гнев против дочери, которая молчит, упорно молчит.

– Петербург здесь ни при чем, – угрюмо сказала Вера и закрыла глаза. – А со мной ничего. Идите-ка лучше спать, поздно.

– Верочка! – простонала мать. – Доченька, да откройся ты мне!

– Ах, мама! – нетерпеливо прервала ее Вера.

О. Игнатий сел на стул и засмеялся.

– Ну-с, так, значит, ничего? – иронически спросил он.

– Отец, – резко сказала Вера, приподнимаясь на постели, – ты знаешь, что я люблю тебя и мамочку. Но... Ну, так, скучно мне немножко. Пройдет все это. Право, идите лучше спать, и я спать хочу. А завтра или когда там – поговорим.

О. Игнатий порывисто встал, так что стул ударился о стену, и взял жену за руку.

– Пойдем!

– Верочка...

– Пойдем, говорю тебе! – крикнул о. Игнатий. – Если уже она бога забыла, так мы-то!.. Что уже мы!

Почти насильно он вывел Ольгу Степановну, и, когда они спускались по лестнице, Ольга Степановна, замедляя шаги, говорила злым шепотом:

– У-у! Это ты, поп, сделал ее такой. У тебя переняла она эту манеру. Ты и ответишь. Ах я несчастная...

И она заплакала, часто моргая глазами, не видя ступенек и так опуская ногу, словно внизу была пропасть, в которую ей хотелось бы упасть.

С этого дня о. Игнатий перестал говорить с дочерью, но она словно не замечала этого. По-прежнему она то лежала у себя в комнате, то ходила и часто-часто вытирала ладонями рук глаза, как будто они были у нее засорены.

И, сдавленная двумя этими молчаливыми людьми, сама любившая шутку и смех, попадья робела и терялась, не зная, что говорить и что делать.

Иногда Вера выходила гулять. Через неделю после разговора она вышла вечером, по обыкновению. Более не видали ее живою, так как она в этот вечер бросилась под поезд, и поезд пополам перерезал ее.

Хоронил ее сам о. Игнатий. Жены в церкви не было, так как при известии о смерти Веры ее хватил удар. У нее отнялись ноги, руки и язык, и она неподвижно лежала в полутемной комнате, пока рядом с нею, на колокольне, перезванивали колокола. Она слышала, как вышли все из церкви, как пели против их дома певчие, и старалась поднять руку, чтобы перекреститься, но рука не повиновалась; хотела сказать: «Прощай, Вера!» – но язык лежал во рту громадный и тяжелый. И поза ее была так спокойна, что если бы кто-нибудь взглянул на нее, то подумал бы, что этот человек отдыхает или спит. Только глаза ее были открыты.

В церкви на похоронах было много народу, знакомых о. Игнатия и незнакомых, и все собравшиеся жалели Веру, умершую такою ужасною смертью, и старались в движениях и голосе о. Игнатия найти признаки тяжелого горя. Они не любили о. Игнатия за то, что он был в обхождении суров и горд, ненавидел грешников и не прощал их, а сам в то же время, завистливый и жадный, пользовался всяким случаем, чтобы взять с прихожанина лишнее. И всем хотелось видеть его страдающим, сломленным и сознающим, что он виновен дважды в смерти дочери: как жестокий отец и дурной священнослужитель, не могший уберечь от греха свою же плоть. И все пытливо смотрели на него, а он, чувствуя направленные на его спину взгляды, старался выпрямлять эту широкую и крепкую спину и думал не об умершей дочери, а о том, чтобы не уронить себя.

– Каляный поп! – сказал, кивая на него, столяр Карзенов, которому он не отдал пяти рублей за рамы.

И так, твердый и прямой, прошел о. Игнатий до кладбища и такой же вернулся назад. И только у дверей в комнату жены спина его согнулась немного; но это могло быть и оттого, что большинство дверей были низки для его роста. Войдя со свету, он с трудом мог рассмотреть лицо жены, а когда рассмотрел, то удивился, что оно совсем спокойно и на глазах нет слез. И не было в глазах ни гнева, ни

горя – они были немые и молчали тяжело, упорно, как и все тучное, бессильное тело, вдавившееся в перину.

– Ну, что, как ты себя чувствуешь? – спросил о. Игнатий.

Но уста были немые; молчали и глаза. О. Игнатий положил руку на лоб: он был холодный и влажный, и Ольга Степановна ничем не выразила, что она ощутила прикосновение. И когда рука о. Игнатия была им снята, на него смотрели не мигая два серые глубокие глаза, казавшиеся почти черными от расширившихся зрачков, и в них не было ни печали, ни гнева.

– Ну, я пойду к себе, – сказал о. Игнатий, которому сделалось холодно и страшно.

Он прошел в гостиную, где все было чисто и прибрано, как всегда, и одетые белыми чехлами высокие кресла стояли точно мертвецы в саванах. На одном окне висела проволочная клетка, но была пуста, и дверца открыта.

– Настасья! – крикнул о. Игнатий, и голос показался ему грубым, и стало неловко, что он так громко кричит в этих тихих комнатах, тотчас после похорон дочери. – Настасья! – тише позвал он, – где канарейка?

Кухарка, плакавшая так много, что нос у нее распух и стал красным, как свекла, грубо ответила:

– Известно где. Улетела.

– Зачем выпустила? – грозно нахмурил брови о. Игнатий.

Настасья расплакалась и, вытираясь концами ситцевого головного платка, сквозь слезы сказала:

– Душенька... барышнина... Разве можно ее держать?

И о. Игнатию показалось, что желтенькая веселая канарейка, певшая всегда с наклоненной головкой, была действительно душою Веры и что если бы она не улетела, то нельзя было бы сказать, что Вера умерла. И он еще больше рассердился на кухарку и крикнул:

– Вон! – и, когда Настасья не сразу попала в дверь, добавил: – Дура!

II

Со дня похорон в маленьком домике наступило молчание. Это не была тишина, потому что тишина – лишь отсутствие звуков, а это было молчание, когда те, кто молчит, казалось, могли бы говорить, но не хотят. Так думал о. Игнатий, когда входил в комнату жены и встречал упорный взгляд, такой тяжелый, словно весь воздух обращался в свинец и давил на голову и спину. Так думал он, рассматривая ноты дочери, в которых запечатлелся ее голос, ее книги

и ее портрет, большой, писанный красками, портрет, который она привезла с собою из Петербурга. В рассматривании портрета у о. Игнатия установился известный порядок: сперва он глядел на щеку, освещенную на портрете, и представлял себе на ней царяину, которая была на мертвой щеке Веры и происхождения которой он не мог понять. И каждый раз он задумывался о причинах: если бы это задел поезд, он раздробил бы всю голову, а голова мертвой Веры была совсем невредима.

Быть может, ногой кто-нибудь задел, когда подбирали труп, или нечаянно ногтем?

Но долго думать о подробностях Вериней смерти было страшно, и о. Игнатий переходил к глазам портрета. Они были черные, красивые, с длинными ресницами, от которых внизу лежала густая тень, от чего белки казались особенно яркими, и оба глаза точно были заключены в черную, траурную рамку. Странное выражение придал им неизвестный, но талантливый художник: как будто между глазами и тем, на что они смотрели, лежала тонкая, прозрачная пленка. Немного похоже было на черную крышку рояля, на которую тонким, незаметным пластом налегла летняя пыль, смягчая блеск полированного дерева. И, как ни ставил портрет о. Игнатий, глаза неотступно следили за ним, но не говорили, а молчали; и молчание это было так ясно, что его, казалось, можно было услышать. И постепенно о. Игнатий стал думать, что он слышит молчание.

Каждое утро, после обедни, о. Игнатий приходил в гостиную, окидывал одним взглядом пустую клетку и всю знакомую обстановку комнаты, садился в кресло, закрывал глаза и слушал, как молчит дом. Это было странное что-то. Клетка молчала тихо и нежно, и чувствовались в этом молчании печаль, и слезы, и далекий, умерший смех. Молчание жены, смягченное стенами, было упорно, тяжело, как свинец, и страшно, так страшно, что в самый жаркий день о. Игнатию становилось холодно. Долгим, холодным, как могила, и загадочным, как смерть, было молчание дочери. Словно самому себе было мучительно это молчание и страстно хотело перейти в слово, но что-то сильное и тупое, как машина, держало его неподвижным и вытягивало, как проволоку. И где-то, на далеком конце, проволока начинала колебаться и звенеть тихо, робко и жалобно. О. Игнатий с радостью и страхом ловил этот зарождающийся звук и, опершись руками о ручки кресел, вытянув голову вперед, ждал, когда звук подойдет к нему. Но звук обрывался и умолкал.

– Глупости! – сердито говорил о. Игнатий и поднимался с кресел, все еще прямой и высокий.

В окно он видел залитую солнцем площадь, мощенную круглыми, ровными камнями, и напротив каменную стену длинного, без окон, сарая. На углу стоял извозчик, похожий на глиняное изваяние, и непонятно было, зачем он стоит здесь, когда по целым часам не показывалось ни одного прохожего.

III

Вне дома о. Игнатию приходилось говорить много: с причтом и с прихожанами, при исполнении треб, и иногда со знакомыми, где он играл в преферанс; но, когда он возвращался домой, он думал, что весь день молчал. Это происходило оттого, что ни с кем из людей о. Игнатий не мог говорить о том главном и самом для него важном, о чем он размышлял каждую ночь: отчего умерла Вера?

О. Игнатий не хотел понять, что теперь этого узнать нельзя, и думал, что узнать еще можно. Каждую ночь, – а они все теперь стали у него бессонными, – представлял он себе ту минуточку, когда он и попадая в глухую полночь стояли у кровати Веры и он просил ее «Скажи!» и когда в воспоминаниях он доходил до этого слова, дальнейшее представлялось ему не так, как оно было. Закрытые глаза его, сохранившие в своем мраке живую, нетускнеющую картину той ночи, видели, как Вера поднимается на своей постели, улыбается и говорит... Но что она говорит? И это невысказанное слово Веры, которое должно разрешить все, казалось так близко, что если отогнуть ухо и задержать биение сердца, то вот-вот услышишь его, и в то же время так безнадежно далеко. О. Игнатий вставал с постели, протягивал вперед сложенные руки и, потрясая ими, просил:

– Вера!..

И ответом ему было молчание.

Однажды вечером о. Игнатий пришел в комнату Ольги Степановны, у которой он не был уже около недели, сел у ее изголовья и, отвернувшись от упорного, тяжелого взгляда, сказал:

– Мать! Я хочу поговорить с тобой о Вере. Ты слышишь?

Глаза молчали, и о. Игнатий, возвысив голос, заговорил строго и властно, как он говорил с исповедующимися:

– Я знаю, ты мыслишь, что я был причиной Вериной смерти. Но подумай, разве я любил ее меньше, чем ты? Странно ты рассуждаешь... Я был строг, а разве это мешало ей делать, что она хочет? Я пренебрег достоинством отца, я смиренно согнул свою шею, когда она не побоялась моего проклятья и поехала... туда. А ты – ты-то не просила

ее остаться и не плакала, старая, пока я не велел замолчать? Разве я родил ее такой жестокой? Не твердил я ей о боге, о смирении, о любви?

О. Игнатий быстро взглянул в глаза жены – и отвернулся.

– Что я мог сделать с ней, если она не хотела открыть своего горя? Приказывать – я приказал; просить – я просил. Что же, по-твоему, я должен был стать на колени перед девчонкой и плакать, как старая баба? В голове... откуда я знаю, что у нее в голове! Жестокая, бессердечная дочь!

О. Игнатий ударил кулаком по колену.

– Любви у нее не было – вот что! Что уж про меня говорить, уж я, известно... тиран... Тебя-то она любила? Тебя-то, которая плакала... да унижалась?

О. Игнатий беззвучно рассмеялся.

– Лю-любила! То-то, в утешение тебе и смерть такую выбрала. Жестокую, позорную смерть. Умерла на песке, в грязи... как с-собака, которую ногами в морду тыкают.

Голос о. Игнатия зазвучал тихо и хрипло.

– Стыдно мне! На улицу выйти стыдно! Из алтаря выйти стыдно! Перед богом стыдно! Жестокая, недостойная дочь! В гробу проклясть бы тебя...

Когда о. Игнатий взглянул на жену, она была без чувств и пришла в себя только через несколько часов. И когда пришла, глаза ее молчали, и нельзя было понять, помнит она, что говорил ей о. Игнатий, или нет.

В ту же ночь – это была июльская лунная ночь, тихая, теплая и беззвучная, о. Игнатий на цыпочках, чтобы не услышали жена и сиделка, поднялся по лестнице и вошел в комнату Веры. Окно в мезонине не открывалось с самой смерти Веры, и воздух был сухой и жаркий, с легким запахом гари от накалившейся за день железной крыши. Чем-то нежилым и заброшенным веяло от помещения, в котором так давно отсутствовал человек и где дерево стен, мебель и другие предметы издавали тонкий запах непрерывного тления. Лунный свет яркой полосой падал на окно и на пол и, отраженный от белых, тщательно вымытых досок, сумеречным полусветом озарял углы, и белая чистая кровать с двумя подушками, большой и маленькой, казалась призрачной и воздушной. О. Игнатий открыл окно – и в комнату широкой струёй полился свежий воздух, пахнувший пылью, недалекой рекой и цветущей липой, и еле слышное донеслось хоровое пение: вероятно, катались на лодках и пели. Неслышно ступая босыми ногами, похожий на белый призрак, о. Игнатий подошел к пустой кровати, подогнул колени и упал лицом вниз на подушки, обняв их, – туда, где должно было находиться Верино лицо. Он долго лежал так; песня стала громче и потом умолкла, а

он все лежал, и длинные черные волосы рассыпались по плечам и постели.

Луна передвинулась, и в комнате стало темнее, когда о. Игнатий поднял голову и зашептал, вкладывая в голос всю силу долго сдерживаемой и долго не сознаваемой любви и вслушиваясь в свои слова так, как будто слушал не он, а Вера.

– Дочь моя, Вера! Ты понимаешь, что это значит: дочь? Доченька! Сердце мое, и кровь моя, и жизнь моя. Твой старый... старенький отец, уже седой, уже слабый...

Плечи отца Игнатия задрожали, и вся грузная фигура заколыхалась. Подавляя дрожь, о. Игнатий шептал нежно, как маленькому ребенку:

– Старенький отец... просит тебя. Нет, Верочка, умоляет. Он плачет. Он никогда не плакал. Твое горе, деточка, твои страдания – они и мои. Больше, чем мои!

О. Игнатий покачал головой.

– Больше, Верочка. Ну что мне, старому, смерть? А ты... Ведь если бы ты знала, какая ты нежная, слабая, и робкая! Помнишь, как ты поколола пальчик, и кровь капнула, а ты заплакала? Деточка моя! И ты ведь меня любишь, сильно любишь, я знаю. Каждое утро ты целуешь мою руку. Скажи, скажи, о чем тоскует твоя головка, и я – вот этими руками – я удушю твое горе. Они еще сильны, Вера, эти руки.

Волосы о. Игнатия встряхнулись.

– Скажи!

О. Игнатий впился глазами в стену и протянул руки.

– Скажи!

В комнате было тихо, из глубокой дали пронесся продолжительный и прерывистый свисток паровоза.

О. Игнатий, поводя кругом расширившимися глазами, точно перед ним встал страшный призрак изуродованного трупа, медленно приподнялся с колен и неверным движением поднес к голове руку с растопыренными и напряженно выпрямленными пальцами. Отступив к двери, о. Игнатий отрывисто шепнул:

– Скажи!

И ответом ему было молчание.

IV

На другой день, после раннего и одинокого обеда, о. Игнатий пошел на кладбище – в первый раз после смерти дочери. Было жарко, безлюдно и тихо, как будто этот жаркий день был только освещенной ночью, но, по привычке, о. Игнатий старательно выпрямлял спину,

сурово смотрел по сторонам и думал, что он все такой же, как прежде; он не замечал ни новой и страшной слабости в ногах, ни того, что длинная борода его стала совсем белой, словно жестокий мороз ударил на нее. Дорога к кладбищу шла по длинной прямой улице, слегка поднимавшейся вверх, и в конце ее белела арка кладбищенских ворот, похожая на черный, вечно открытый рот, окаймленный блестящими зубами.

Могила Веры находилась в глубине кладбища, где кончались усыпанные песком дорожки, и о. Игнатию долго пришлось путаться в узеньких тропинках, ломаной линией проходивших между зеленых бугорков, всеми забытых и всеми покинутых. Местами попадались покосившиеся, позеленевшие от старости памятники, изломанные решетки и большие, тяжелые камни, вросшие в землю и с какой-то угрюмой, старческой злобой давившие ее. К одному из таких камней прижималась могила Веры. Она была покрыта новым пожелтевшим дерном, но кругом нее все зеленело. Рябина обнялась с кленом, а широко раскинувшийся куст орешника протягивал над могилой свои гибкие ветви с пушистыми, шершавыми листьями. Усевшись на соседнюю могилу и передохнув, о. Игнатий оглянулся кругом, бросил взгляд на безоблачное, пустынное небо, где в полной неподвижности висел раскаленный солнечный диск, – и тут только ощутил ту глубокую, ни с чем не сравнимую тишину, какая царит на кладбищах, когда нет ветра и не шумит омертвевшая листва. И снова о. Игнатию пришла мысль, что это не тишина, а молчание. Оно разливалось до самых кирпичных стен кладбища, тяжело переползало через них и затопляло город. И конец ему только там – в серых, упрямо и упорно молчащих глазах.

О. Игнатий передернул похолодевшими плечами и опустил глаза вниз, на могилу Веры. Он долго смотрел на пожелтевшие коротенькие стебли травы, вырванной с землею откуда-нибудь с широкого, обвеваемого ветром поля и не успевшей сродниться с чуждой почвой, – и не мог представить, что там, под этой травой, в двух аршинах от него, лежит Вера. И эта близость казалась непостижимой и вносила в душу смущение и странную тревогу. Та, о которой о. Игнатий привык думать, как о навеки исчезнувшей в темных глубинах бесконечного, была здесь, возле... и трудно было понять, что ее все-таки нет и никогда не будет. И о. Игнатию чудилось, что если он скажет какое-то слово, которое он почти ощущал на своих устах, или сделает какое-то движение, Вера выйдет из могилы и встанет такая же высокая, красивая, какою была. И не только одна она встанет, но встанут и все мертвецы, которые так страшно ощутимы в своем торжественно-холодном молчании.

О. Игнатий снял широкополую черную шляпу, расправил волнистые волосы и шепотом сказал:

– Вера!

Ему стало неловко, что его может услышать кто-нибудь посторонний, и, встав на могилу, о. Игнатий взглянул поверх крестов. Никого не было, и он уже громко повторил:

– Вера!

Это был старый голос о. Игнатия, сухой и требовательный, и странно было, что с такою силою высказанное требование остается без ответа.

– Вера!

Громко и настойчиво звал голос, и, когда он умолкал, с минуту чудилось, что где-то внизу звучал неясный ответ. И о. Игнатий, еще раз оглянувшись кругом, отстранил волосы от уха и прилег им к жесткому, колючему дерну.

– Вера, скажи!

И с ужасом почувствовал о. Игнатий, что в ухо его вливается что-то могильно-холодное и студит мозг и что Вера говорит, – но говорит она все тем же долгим молчанием. Все тревожнее и страшнее становится оно, и когда о. Игнатий с усилием отдирает от земли голову, бледную, как у мертвеца, ему кажется, что весь воздух дрожит и трепещет от гулкого молчания, словно на этом страшном море поднялась дикая буря. Молчание душит его; оно ледяными волнами перекачивается через его голову и шевелит волосы; оно разбивается о его грудь, стонущую под ударами. Дрожа всем телом, бросая по сторонам острые и внезапные взгляды, о. Игнатий медленно поднимается и долгим, мучительным усилием старается выпрямить спину и придать гордую осанку дрожащему телу. И это удается ему. С намеренной медлительностью о. Игнатий отряхивает колени, надевает шляпу, трижды крестит могилу и идет ровною, твердою поступью, но не узнает знакомого кладбища и теряет дорогу.

– Заблудился! – усмехается о. Игнатий и останавливается на разветвлении тропинок.

Но стоит одну секунду и, не думая, сворачивает налево, потому что ждать и стоять нельзя. Молчание гонит. Оно поднимается от зеленых могил; им дышат угрюмые серые кресты; тонкими, удушающими струями оно выходит из всех пор земли, насыщенной трупами. Все быстрее становятся шаги о. Игнатия. Оглушенный, он кружится по одним и тем же дорожкам, перескакивает могилы, натывается на решетки, цепляется руками за колючие жестяные венки, рвется в ключья мягкая материя. Только одна мысль о выходе осталась в его голове. Из стороны в сторону мечется он и, наконец, бесшумно бежит,

высокий и необыкновенный в развевающейся рясе и с плывущими по воздуху волосами. Сильнее, чем самого вставшего из гроба мертвеца, испугался бы всякий, встретив эту дикую фигуру бегущего, прыгающего и размахивающего руками человека, увидев его перекосившееся безумное лицо, услышав глухой хрип, выходявший из его открытого рта.

Со всего разбегу о. Игнатий выскочил на площадку, в конце которой белела невысокая кладбищенская церковь. У притвора на низенькой лавке дремал старичок, по виду дальний богомолец, и возле него, насакивая друг на друга, спорили и бранились две старухи нищенки.

Когда о. Игнатий подходил к дому, уже темнело и в комнате Ольги Степановны горел огонь. Не раздеваясь и не снимая шляпы, пыльный и оборванный, о. Игнатий быстро прошел к жене и упал на колени.

– Мать... Оля... Пожалей же меня! – рыдал он. – Я с ума схожу.

И он бился головой о край стола и рыдал бурно, мучительно, как человек, который никогда не плачет. И он поднял голову, уверенный, что сейчас свершится чудо и жена заговорит и пожалеет его.

– Родная!

Всем большим телом потянулся он к жене – и встретил взгляд серых глаз. В них не было ни сожаления, ни гнева. Быть может, жена прощала и жалела его, но в глазах не было ни жалости, ни прощения. Они были немые и молчали.

И молчал весь темный опустевший дом.

Юкио Мисима

Патриотизм

1

Двадцать восьмого февраля 1936 года, на третий день известных событий, поручик гвардейского транспортного батальона Синдзи Такэяма, потрясенный известием о том, что его ближайшие друзья оказались в числе заговорщиков, не в силах смириться с приказом о подавлении мятежа, в одной из комнат своего особняка (дом шесть на улице Аоба, район Ёцуя) сделал харакири собственной саблей; его супруга Рэйко последовала примеру любимого мужа и тоже лишила себя жизни. В прощальной записке поручика была всего одна фраза: «Да здравствует Императорская Армия!» Жена тоже оставила письмо, в котором приносила извинения родителям за то, что уходит из жизни раньше их, и заканчивала словами: «Настал день, к которому должна быть готова жена офицера». Последние минуты жизни мужественной пары были таковы, что дрогнуло бы даже самое каменное сердце. Поручику исполнился тридцать один год, Рэйко – двадцать три. Со дня их свадьбы не прошло и полугода.

2

Те, кто присутствовал на бракосочетании или хотя бы видел свадебную фотографию, в один голос восхищались красотой молодой пары. Поручик, затянутый в парадный мундир, стоял подле невесты, горделиво расправив плечи, правая рука на эфесе сабли, в левой – фуражка. Лицо сурово, широко раскрытые глаза горят молодой отвагой и прямоотой. А очарование невесты, одетой в белоснежное свадебное кимоно, просто не поддавалось описанию. Плавный изгиб бровей, большие глаза, тонкий нос, полные губы – во всех этих чертах неповторимо сочетались чувственность и благородство. Из рукава кимоно целомудренно выглядывала кисть руки, державшей веер; изящно расставленные пальцы напоминали нежные лепестки луноцвета.

После того как супруги покончили с собой, люди, глядя на памятную фотографию, вздыхали и говорили, что такие, идеальные, на первый взгляд, союзы всегда приносят несчастье. Казалось, что молодые, застывшие у золотой лаковой ширмы, видят своими ясными глазами лик скорой смерти.

Новобрачные поселились в особняке на улице Аоба, который подыскал для них один из сватов, генерал-лейтенант Одзэки. Впрочем, «особняк» – сказано слишком громко: это был небольшой домик с маленьким садом. В две комнатки первого этажа почти не заглядывало солнце, поэтому спальню (она же гостиная) супруги решили устроить наверху. Прислуги у них не было, Рэйко управлялась по хозяйству сама.

От свадебного путешествия в связи с трудными для отечества временами решено было отказаться. Первую ночь молодые провели под крышей своего нового дома. Прежде, чем лечь в постель, поручик положил себе на колени обнаженную саблю и произнес перед Рэйко небольшую речь. Жена офицера, сказал он, должна всегда быть готова к тому, что ее муж погибнет. Может быть, это произойдет послезавтра. «Не дрогнешь ли ты, когда наступит роковой день?» – спросил он. Рэйко поднялась, выдвинула ящичек шкафа и достала самое драгоценное из своего приданого – кинжал, врученный ей матерью. Как и муж, она молча положила обнаженный клинок себе на колени. Между супругами был заключен безмолвный договор, и поручик никогда больше не подвергал испытанию свою молодую жену.

За несколько месяцев, прошедших после свадьбы, красота Рэйко расцвела и засияла, словно луна на прояснившемся после дождя небосклоне.

Оба были молоды, полны сил, и страсть их не утихала. Они предавались любви не только по ночам – часто, вернувшись со службы, поручик не успевал даже скинуть пропыленный мундир, так не терпелось ему заключить в объятия молодую жену. Рэйко отвечала ему не меньшей страстностью. В первый же месяц замужества она вкусила неизъяснимое блаженство, и, зная это, поручик был счастлив.

Белое, прекрасное тело Рэйко, ее упругие груди, целомудренные и неприступные, раз доверившись любви, зажглись чувственным огнем. Молодые отдавались ласкам с пугающей серьезностью, которая не оставляла их даже в высший миг наслаждения.

На учениях в краткие минуты отдыха поручик думал о жене; Рэйко, оставаясь дома одна, постоянно видела перед собой образ любимого. Достаточно ей было взглянуть на свадебную фотографию, и она убеждалась, что ее счастье не сон. Рэйко вовсе не казалось странным, что мужчина, всего несколько месяцев назад бывший совершенно чужим, стал солнцем, которое освещало всю ее вселенную.

Отношения супругов зиждились на глубокой нравственной основе – ведь закон, установленный императором, гласил: «Муж и жена должны жить в полной гармонии». Рэйко никогда и ни в чем не перечила мужу, ни разу не возникло у поручика повода быть ею недовольным. В гостиной

первого этажа, на алтаре, стояла фотография императорской фамилии, и каждое утро, перед тем как поручик отправлялся на службу, молодые низко кланялись портрету. Рэйко ежедневно поливала священное деревце сакаки, росшее в кадке перед алтарем, и его зелень всегда была свежей и пышной.

3

Дом поручика находился неподалеку от особняка министра-хранителя печати Сайто, но выстрелов, раздавшихся на рассвете 26 февраля, супруги не слышали. Трагический эпизод длился не более десяти минут, и поручика разбудила не стрельба, а звук трубы, разорвавший заснеженные предутренние сумерки, объявляя тревогу. Офицер рывком поднялся с постели, молча натянул форму, схватил саблю, которую подала ему жена, и выбежал на покрытую снегом темную улицу. До вечера двадцать восьмого Рэйко его больше не видела.

Из сообщений по радио она узнала, что произошло. Эти два дня она провела тихо, в полном одиночестве, за плотно закрытыми дверями.

В лице мужа, спешившего уйти в снег и темноту, Рэйко прочла решимость принять смерть. Если он не вернется живым, она была готова последовать за ним. Не спеша, Рэйко стала приводить в порядок свои вещи. Выходные кимоно она решила оставить на память своим бывшим школьным подругам и, завернув наряды в бумагу, написала сверху имена и адреса. Муж учил ее никогда не думать о завтрашнем дне и жить днем сегодняшним, поэтому дневника Рэйко не вела и была лишена наслаждения медленно перечитывать странички счастливых воспоминаний последних месяцев, сжигая листок за листком. Возле радиоприемника стояла маленькая коллекция Рэйко: фарфоровые собака, заяц, крот, медведь, лиса и еще ваза и кувшинчик. Молодая женщина подумала, что эти вещи вряд ли подойдут для памятных сувениров. Неудобно будет и попросить, чтобы их положили с ней в фоб. Рэйко показалось, что мордочки фарфоровых зверьков жалобно и неприкаянно кривятся.

Она взяла крота в руку, но мысленно была уже далеко от своего детского увлечения; ее глаза видели ослепительное сияние Великого Смысла, олицетворением которого являлся муж. Она рада понестись на солнечной колеснице навстречу смерти, но еще есть в запасе несколько часов, чтобы заняться милыми пустяками. Собственно говоря, милы эти безделушки ей были когда-то давно; сегодня она любила лишь воспоминание о той невинной привязанности. Сердце наполняла куда более жгучая страсть, нестерпимое ощущение счастья... Ибо Рэйко

нікогда не думала о радостях, дарованных ей плотью, как об обычном удовольствии. Холод февральского дня, прикосновение фарфора леденили ее тонкие пальцы, но стоило Рэйко вспомнить сильные руки мужа, сжимающие ее в объятиях, и сразу откуда-то снизу, из-под безупречных складок узорчатого кимоно, подступала горячая влажная истома, способная растопить любые снега. Смерть, витавшая где-то рядом, не страшила Рэйко; дожидаясь любимого, она твердо верила: все, что он сейчас чувствует и думает – его страдания, его мука, так же как тело мужа, дававшее ей счастье, – влечет ее за собой к наслаждению, имя которому «смерть». В этой мысли, чувствовала Рэйко, даже в малой части этой мысли, легко может раствориться все ее существо.

Из сводок новостей Рэйко узнала, что в рядах заговорщиков оказались лучшие друзья ее мужа. Это известие уничтожило последние сомнения. Рэйко все с большим нетерпением ожидала императорского рескрипта, видя, как к восстанию, которое вначале именовали «движением за национальное возрождение», постепенно пристает позорное клеймо «мятежа». Из части, в которой служил поручик, не поступало никаких вестей. Занесенный снегом город с минуты на минуту ждал начала боевых действий.

28 февраля, на закате, Рэйко со страхом услышала громкий стук в дверь. Она бросилась в прихожую и дрожащими руками отперла замок. Человек, чей неподвижный силуэт расплывчато темнел за матовым стеклом, молчал, но Рэйко сразу узнала мужа. Никогда еще засов не казался ей таким тугим. Он никак не желал открываться.

Дверь не успела еще полностью распахнуться, поручик, в защитного цвета шинели и заляпанных снегом сапогах, уже шагнул в прихожую. Он задвинул засов и повернул в замке ключ. Рэйко не сразу поняла значение этого жеста.

– Добрый вечер, – поклонилась она, но поручик на приветствие не ответил. Он отстегнул саблю и стал раздеваться. Рэйко помогла ему. Шинель была сырой и холодной; от нее не пахло конюшней, как в сухие, солнечные дни; сегодня она показалась Рэйко необычайно тяжелой. Жена повесила шинель на вешалку и, зажав саблю и португепю под мышкой, последовала за мужем в крошечную гостиную нижнего этажа.

В ярком свете лампы заросшее щетиной лицо поручика показалось Рэйко чужим. Щеки ввалились и потемнели. Обычно, возвращаясь со службы в хорошем настроении, он первым делом переодевался в домашнее и требовал немедленно подавать ужин. Сегодня поручик сел

за стол прямо в форме и понуро опустил голову. Рэйко не стала спрашивать, пора ли накрывать на стол.

Помолчав немного, муж произнес:

– Я ни о чем не знал. Они не позвали меня с собой. Наверное, из-за того, что я недавно женился... Там Кано, и Хомма, и Ямагути...

Рэйко, как наяву, увидела перед собой румяные лица молодых офицеров, друзей ее мужа, так часто бывавших у них в доме.

– Завтра должны огласить высочайший рескрипт. Их объявят мятежниками. Я буду обязан повести на них своих солдат... Я не могу этого сделать. Не могу. Меня сменили из охранения, – продолжал он после паузы, – и разрешили провести сегодняшнюю ночь дома. Завтра утром, верно, придется атаковать. Рэйко, это выше моих сил.

Рэйко сидела напротив, не поднимая глаз. Она прекрасно понимала, что муж сообщает ей о своем решении умереть. Решение уже принято. Голос его звучал с особой неколебимой силой, потому что за каждым словом стояла смерть, этот мрачный и недвижный фон. Поручик говорил о своих душевных муках, но сердце его не ведало колебаний.

Молчание, воцарившееся затем в гостиной, было чистым и прозрачным, как ручей талой воды с гор. Впервые за два дня непрерывной пытки, сидя у себя дома лицом к лицу с молодой, прелестной женой, поручик почувствовал, как на его душу нисходит покой. Он знал, что можно ничего больше не объяснять, – она и так все понимает.

– Ну вот... – Поручик поднял глаза. Несмотря на бессонные ночи, их взгляд был острым и незамутненным. Теперь они смотрели прямо в лицо Рэйко. – Сегодня ночью я сделаю харакири.

Рэйко не дрогнула. В ее огромных глазах было такое напряжение, что казалось, этот взгляд вот-вот зазвенит пронзительным колокольчиком.

– Я готова, – не сразу ответила она. – Позволь мне последовать за тобой.

Поручик почувствовал, что сила этого взгляда почти подавляет его.

Слова сорвались с губ сами собой, словно в бреду:

– Ладно. Стало быть, вместе. Но я хочу, чтобы ты видела, как я умру. Согласна?

Ему самому было непонятно, как он мог так легко, почти небрежно, дать ей разрешение на этот страшный шаг. Но, когда слова прозвучали, сердца обоих захлестнула жаркая волна счастья. Рэйко была растрогана безоговорочным доверием мужа. Она знала, как важно для поручика, чтобы ритуал его смерти прошел безупречно. У харакири непременно должен быть свидетель, и то, что на эту роль он выбрал ее, говорило о высочайшей степени уважения. И еще больший знак доверия то, что поручик не заставлял ее умирать первой, а значит,

лишал себя возможности проверить, выполнит ли жена свое обещание. Будь он обыкновенным подозрительным мужем, Рэйко погибла бы раньше его – так обычно и происходит при двойных самоубийствах.

Поручик считал, что решение Рэйко, подтвердившее клятву, которую она дала в первую брачную ночь, было плодом его воспитания и его наставлений. Эта мысль внушала ему гордость. Лишенному самовлюбленности поручику и в голову не пришло, что жена могла решиться на смерть из одной только любви к нему.

Радость, охватившая души обоих, была столь велика и неподдельна, что лица супругов осветились улыбкой. У Рэйко возникло такое ощущение, словно им предстоит еще одна первая брачная ночь. Не было впереди ни боли, ни смерти – лишь вольный и бескрайний простор.

– У меня готова ванна. Примешь?

– Да.

– А ужинать будешь?

Слова эти были произнесены так обыденно, что поручику на миг показалось, будто все предшествующее – плод его воображения.

– Есть, наверное, не стоит. Вот сакэ бы выпить неплохо.

– Хорошо.

Рэйко встала, чтобы достать из шкафа халат мужа, и попросила его заглянуть внутрь. Поручик подошел и молча прочитал адреса подруг Рэйко написанные на свертках с нарядами. Увидев новое доказательство обдуманности ее решения, он не испытал ни малейшей грусти, лишь сердце наполнилось еще большей нежностью. Рэйко была сейчас так похожа на юную жену, горделиво показывающую мужу свои милые бестолковые покупки, что, не в силах сдержать любви, поручик обнял ее сзади и поцеловал.

Небритая щетина кольнула ей шею, и Рэйко, для которой в этом прикосновении заключалось все ощущение жизни, поцелуй показался необычайно свежим – ведь скоро всему наступит конец. Мгновения наливались силой, просыпалась каждая клеточка тела. Рэйко приподнялась на цыпочки, подставляя шею губам мужа.

– Сначала ванну, потом сакэ, а потом... Постели наверху, – прошептал ей на ухо поручик. Рэйко кивнула.

Он рывком скинул мундир и вошел в ванную. Прислушиваясь к плеску воды, Рэйко разожгла в гостинной жаровню и стала подогревать сакэ.

Затем она отнесла в ванную халат, пояс и белье и спросила мужа, хорошо ли нагрелась вода. Поручик сидел в клубах пара и брился, мускулы на его могучей спине ходили под кожей вслед за движением рук.

Все было, как в самый обыкновенный день. Рэйко быстро приготовила закуску из того, что нашлось в доме. Руки не дрожали, работа шла споро, даже лучше, чем обычно. И все же время от времени где-то глубоко в груди возникал странный трепет. Он вспыхивал на миг, подобно разряду дальней молнии, и тут же исчезал. А в остальном все шло как всегда.

Поручик, бреясь в ванной, чувствовал, как из разогревшегося тела уходит усталость, вызванная сомнениями и душевными муками. Несмотря на ожидающую его смерть, все существо офицера было исполнено радостного ожидания. Из комнаты доносились шаги хлопотавшей жены, и в нем проснулось здоровое физическое желание, о котором за последние два дня он забыл и думать.

Поручик не сомневался в том, что радость, с которой они приняли решение умереть, была неподдельной. В тот миг, хотя они об этом и не думали, оба почувствовали, что их сокрытое от всех счастье находится под надежной защитой Высшей Справедливости, Божественной Воли и несокрушимой Нравственности. Прочтя в глазах друг друга готовность принять достойную смерть, поручик и его жена вновь осознали, какая мощная стальная стена, какая прочная броня Истины и Красоты оберегает их. Поэтому поручик был уверен, что никакого противоречия между зовом плоти и патриотическим чувством нет, наоборот, две эти страсти естественным образом сливались для него воедино.

Внимательно глядя в затуманенное от пара зеркало, темное и потрескавшееся, поручик водил бритвой очень осторожно: скоро на этом лице застынет маска смерти, поэтому нежелательно, чтобы ее уродовали порезы. Свежевыбритое лицо помолодело и стало словно излучать сияние, – казалось, даже старое зеркало посветлело. В союзе этой лучезарной молодости со смертью было что-то невыразимо элегантно.

Неужели на эти черты скоро ляжет тень смерти! Уже и сейчас лицо наполовину как бы перестало принадлежать поручику и походило скорее на каменный лик памятника погибшему воину. Офицер на миг закрыл глаза. Мир скрылся во тьме, ведь видеть может только живой.

Когда поручик вышел из ванной, его гладко выбритые щеки отливали глянцевой голубизной; он сел возле жаровни, на которой нагревалось сакэ. Рэйко все приготовила и даже успела наскоро привести себя в порядок. Щеки ее покрывал нежный румянец, губы влажно блестели – поручик не увидел в лице жены ни малейшего признака печали. Довольный выдержкой Рэйко, он вновь подумал, что не ошибся в своем выборе.

Осушив чарку, поручик наполнил ее вновь и протянул жене. Рэйко никогда еще не пробовала вина, она послушно поднесла сакэ к губам и с опаской отпила.

– Иди ко мне, – позвал поручик.

Рэйко приблизилась к мужу, наклонилась, и он крепко ее обнял. Грудь ее затрепетала, радость и грусть смешались и забурлили, подогретые крепким сакэ. Поручик сверху заглянул жене в глаза. Последнее женское лицо, последнее человеческое лицо, которое ему суждено увидеть. Он не спеша и очень внимательно всматривался в дорогие черты, как путник, любующийся прекрасным пейзажем, который ему уж не увидеть вновь. Поручик смотрел и не мог наглядеться: мягкие сильные губы согревали холодную правильность этой красоты. Он наклонился и поцеловал их. Вдруг он заметил, что, хотя лицо жены не дрогнуло ни единым мускулом, из-под длинных ресниц закрытых глаз, поблескивая, катятся слезы.

«Пойдем в спальню», – предложил поручик, но Рэйко сказала, что прежде примет ванну. Он поднялся наверх один, вошел в спальню, успешно прогреться от включенной газовой печки, и, широко раскинувшись, лег на постель. Все было как обычно, даже час тот же. Сколько раз по вечерам лежал он, поджидая жену.

Положив руки под голову, поручик смотрел на потолок, туда, где темнели не освещенные лампой доски. Чего он ждет – смерти или безумного чувственного наслаждения? Одно ожидание наслаивалось на другое, и казалось, что смерть и есть объект его вожделения. Как бы там ни было, никогда еще поручик не испытывал столь всеобъемлющего ощущения свободы.

За окном проехал автомобиль. Завизжали шины, скользя по заснеженной мостовой. Прогудел клаксон, стены домов отозвались эхом... Житейское море продолжало существовать своей привычной суетой, лишь здесь, в комнате, был одинокий островок. За пределами простиралась огромная мятущаяся страна, которой поручик отдал свое сердце. Ради нее он жертвовал жизнью. Но заметит ли отечество гибель того, кто убьет себя ради идеи? Пусть не заметит! Поле брани поручика не будет осенено славой, ему не суждено проявить доблесть в бою, но именно здесь проходит линия фронта его души.

Послышались шаги поднимающейся по лестнице Рэйко. Крутые старые ступени скрипели под ее ногами. Поручик любил этот звук, как часто дожидался он в постели прекрасной музыки старой лестницы. Подумав, что сейчас он слушает знакомый скрип в последний раз, поручик весь обратился в слух, он желал насладиться каждым мгновением. И мгновения засияли радужными самоцветами.

Рэйко повязала поверх купального халата алый пояс, казавшийся в полумраке спальни почти черным. Поручик потянулся к узлу, Рэйко помогла ему, и пояс змеей соскользнул на пол. Муж просунул руки в широкие рукава халата, она прижала локтями его ладони к телу, и, ощутив прикосновение горячей плоти, он затрепетал от страсти.

Они сами не заметили, как остались обнаженными возле пылающей газовой печки.

Их души, тела и мысли были полны сознанием того, что это – в последний раз. Словно невидимая кисть написала слова ПОСЛЕДНИЙ РАЗ на их коже.

Поручик прижал к себе молодую жену, и они слились в поцелуе. Его язык заскользил по ее рту; неведомая пока еще смертная мука обострила чувства, прикосновение обжигало, как раскаленное докрасна железо. Предстоящая агония придавала наслаждению неиспытанную доселе утонченность и чистоту.

– Покажи мне свое тело. Хочу полюбоваться им в последний раз, – прошептал поручик. Он повернул абажур лампы так, чтобы свет падал на постель.

Рэйко, закрыв глаза, лежала без движения. Свет, лившийся сбоку, рельефно оттенял все выпуклости и впадины прекрасной белой плоти. С эгоистичным удовлетворением поручик подумал, что, умерев первым, не увидит гибели этой красоты.

Не спеша запечатлевал он в памяти восхитительную картину. Одной рукой он погладил Рэйко по волосам, а другой медленно провел по милому лицу, нагнулся и припал губами, целуя уголки глаз. Ясный высокий лоб... Тень длинных ресниц под тонкими бровями... Прямой безупречный нос... Полные, красиво очерченные губы, влажная белизна зубов... Нежный румянец щек и маленький изящный подбородок... Перед поручиком будто предстал сияющий лик смерти, и он стал жадно осыпать белоснежное горло, куда скоро вонзится острие кинжала, поцелуями, пока кожа не порозовела. Потом он вернулся к губам и принялся ласково и ритмично водить своим ртом по рту Рэйко. Если закрыть глаза, можно было представить, что весь мир слегка покачивается на волнах.

Потом губы поручика послушно следовали за его взглядом. Затвердевшие от поцелуев соски, что увенчивали высокие груди, были похожи на почки горной вишни. Руки от плеч плавными округлыми линиями постепенно сужались к запястьям. Тонкие пальцы – те самые, что держали веер на свадебной фотографии, – застенчиво прятались в ладонь от горячих губ поручика. Ложбинка между грудью и животом сочетала податливость и упругую силу; ниже начинались крутые

изгибы бедер, но здесь тело еще как бы было подчинено сдержанности и дисциплине. Ослепительная белизна живота в приглушенном свете лампы напоминала налитое в широкое блюдо молоко; посередине темнела крошечная впадинка, словно след от дождевой капли. Ниже, где тени сгушались, чернела мягкая поросль волос; от трепетной, налитой страстью плоти все явственней исходил благоуханный аромат.

Дрожащим голосом Рэйко произнесла:

– Я тоже хочу... В последний раз...

Впервые обращалась она к мужу со столь решительной просьбой; казалось, нечто, до сих пор тщательно скрываемое робостью, вырвалось на волю. Поручик безропотно откинулся на спину. Белое женское тело приподнялось; желая во всем следовать примеру мужа, Рэйко ласково прикрыла пальцами неотрывно смотревшие на нее глаза.

В порыве нежности, с раскрасневшимся лицом она прижала к груди коротко стриженную голову мужа. Жесткий ежик волос больно колот кожу, нос поручика был холодным, а дыхание – горячим. Рэйко отодвинулась и впилась взглядом в это мужественное лицо. Густые брови... Прикрытые веки... Крупный нос... Плотно сжатые красивые губы... Глянцево-синеватые после бритья щеки... Рэйко поцеловала милые черты. Потом – мощную шею, широкие плечи, выпуклую, словно заслоненную двумя щитками мускулов грудь. От подмышек затененных могучими мышцами плеч и груди, шел сладковатый печальный запах, в котором странным образом ощущалось предчувствие смерти молодого тела. Кожа поручика отливала цветом спелой пшеницы, живот был прикрыт рельефным панцирем мускулатуры. Глядя на эту крепкую плоть, Рэйко представила ее искромсанной и растерзанной. Слезы ручьями хлынули из глаз, и она долго целовала живот мужа.

Почувствовав, что ему на кожу капают слезы, поручик обрел новое мужество, теперь он не сомневался, что вынесет любую муку.

Излишне рассказывать о том, какое блаженство испытали супруги после подобного прощания. Поручик сжал в могучих объятиях горько плачущую жену, лица обоих прильнули друг к другу с неистовой силой. Рэйко вся дрожала. Одно залитое потом тело слилось с другим, и, казалось, ничто уже не сможет их разъединить, они превратились в единое целое. Рэйко закричала. Она словно падала с огромной высоты в бездну, а потом, внезапно обретя крылья, вновь взмывала ввысь. Поручик задыхался, как полковой знаменосец на марше... Одна волна страсти сменялась другой, молодые супруги не ведали усталости в стремлении к новым и новым вершинам.

Когда поручик наконец оторвался от тела Рэйко, это не означало, что он насытился. Его вынудило остановиться опасение израсходовать силы, которые понадобятся для харакири. И еще ему не хотелось, чтобы последние прекрасные моменты их любви поблекли, размытые пресыщением.

Видя, что муж отодвинулся, Рэйко, как всегда, тут же подчинилась его воле. Обнаженные, они лежали на спине, держась за руки, и смотрели в темный потолок. Пот скоро высох, но жарко плававшая печка не давала замерзнуть. Ночь была тиха, движение на улице уже прекратилось, а грохот поездов и трамваев от станции Ёцую сюда не долетал, приглушенный парком дворца Акасака. Находясь в этом мирном уголке столицы, трудно было поверить, что где-то сейчас готовятся к бою две враждующие армейские группировки.

Супруги лежали неподвижно, наслаждаясь идущим изнутри теплом и заново переживая минуты райского блаженства: каждый миг, вкус каждого забываемого поцелуя, соприкосновение тел, ощущение счастья, от которого замирало сердце. Но с темных досок потолка на них уже смотрело лицо смерти. Наслаждение кончилось и больше никогда к ним не вернется. И все же оба подумали: даже если бы им была суждена долгая жизнь, такого экстаза они никогда бы уже не испытали.

И их сплетенные пальцы – они тоже скоро разомкнутся. Не будет больше этого деревянного узора на потолке. Приближение смерти с каждым мигом ощущалось все явственнее. И времени больше не оставалось. Надо было собрать все мужество и самим шагнуть навстречу смерти.

– Ну что ж, пора готовиться, – нарушил молчание поручик. Слова были исполнены решимости, но никогда еще Рэйко не слышала, чтобы голос мужа звучал так ласково и мягко.

Они встали. Предстояло еще многое сделать.

Поручик ни разу не помогал жене убирать постель. Теперь же он сам быстро открыл шкаф и засунул туда скатанные футоны. Он выключил печку, поставил на место лампу, и комната, еще днем убранная Рэйко, приобрела такой вид, будто семья ожидала какого-то важного гостя.

– Сколько тут было выпито, – вздохнул поручик. – С Кано, Хоммой, Ногути...

– Да, они любили застолье.

– Ничего, скоро мы с ними встретимся. Представляю, как они будут надо мной подшучивать, увидев, что я привел и тебя.

Прежде чем спуститься на первый этаж, поручик обернулся и окинул взглядом опрятную, ярко освещенную комнату. Перед его мысленным взором вновь предстали лица друзей, молодых офицеров, их шумные хмельные разговоры, наивное бахвальство. Не думал он во время тех веселых пирушек, что в один прекрасный день в этой самой комнате взрежет себе живот.

Сойдя по лестнице, супруги занялись приготовлениями. Поручик пошел в туалет, потом в ванную. Тем временем Рэйко аккуратно сложила купальный халат мужа и принесла в ванную его форму и новую накрахмаленную набедренную повязку. Положила на столик в малой гостиной листы бумаги для предсмертных писем и села натирать тушь. Для себя она уже решила, что напишет.

Пальцы Рэйко с силой терли палочку туши о золотые буквы тушечницы, и вода в ней мутнела и чернела. Рэйко запрещала себе думать о том, что ровные движения ее пальцев и монотонное шуршание служат одной цели – приблизить конец. Нет, это обычная работа по дому, средство провести время, оставшееся до встречи со смертью. Но податливость палочки, уже легко скользившей по тушечнице, усиливающийся запах туши – все это казалось ей невыразимо зловещим.

Из ванной вышел поручик, надевший мундир прямо на голое тело. Он молча сел, взял кисточку и нерешительно поглядел на чистый лист бумаги.

Рэйко отправилась переодеться в белое кимоно. Когда она, умывшись и слегка подкрасив лицо, вернулась в комнату, прощальное письмо поручика уже было написано.

«Да здравствует Императорская Армия!

Поручик Синдзи Такэяма».

Рэйко села напротив мужа и тоже стала писать. Поручик очень серьезно и внимательно смотрел, как белые пальцы жены выводят по бумаге иероглифы.

Затем он пристегнул саблю, Рэйко засунула за пояс кинжал, и супруги, держа в руках предсмертные письма, подошли к алтарю и склонились в безмолвной молитве.

Погасив свет на первом этаже, поручик стал подниматься наверх. На середине лестницы он обернулся и поразился красоте Рэйко – та, опустив глаза, следовала за ним из мрака в своем белоснежном наряде.

Письма положили рядом, в токонома гостиной второго этажа. Поручик хотел снять со стены какэдзiku, но передумал: там было выведено великое слово «Верность», и он решил, что их сват, генерал-

лейтенант Одзэки, написавший эти иероглифы, извинит его, если до свитка долетят брызги крови.

Поручик сел на пол спиной к стене и положил саблю на колени. Рэйко опустилась на соседний татами; поскольку она была в белом, алая помада на губах казалась ослепительно яркой.

Супруги сидели рядом и смотрели друг другу в глаза. Взглянув на саблю, что лежала поперек коленей мужа, Рэйко вспомнила их первую ночь, и грусть стала почти невыносимой. Тогда поручик произнес сдавленным голосом:

– У меня нет секунданта, поэтому резать буду глубоко. Наверно, зрелище будет не из приятных, но ты не пугайся. Любую смерть страшно наблюдать со стороны. Пусть это не лишит тебя мужества. Хорошо?

– Хорошо, – низко склонила голову Рэйко.

Глядя на стройную фигуру жены, облаченную в белые одежды, поручик вдруг почувствовал, что его охватывает странное хмельное возбуждение. Сейчас она увидит мужа в новом качестве, исполняющим свой воинский долг. Ибо ожидающая его смерть не менее почетна, чем гибель на поле брани. Он покажет жене, как вел бы себя в сражении.

На миг воображением поручика овладела захватывающая фантазия. Одинокая гибель в битве и самоубийство на глазах прекрасной супруги – он как бы готовился умереть в двух измерениях сразу, и это ощущение вознесло его на вершину блаженства. Вот оно, подлинное счастье, подумал он. Погибнуть под взглядом жены – все равно что умереть, вдыхая аромат свежего бриза. Ему выпала особая удача, досталась привилегия, недоступная никому другому. Белая, похожая на невесту, неподвижная фигура олицетворяла для поручика все то, ради чего он жил: Императора, Родину, Боевое Знамя. Все эти святые символы смотрели на него ясным взором жены.

Рэйко, наблюдая за готовящимся к смерти мужем, тоже думала, что вряд ли в мире существует зрелище более прекрасное. Мундир всегда шел поручику, но сейчас, когда он, сдвинув брови и сжав губы, смотрел в глаза смерти, лицо его обрело неповторимую мужественную красоту.

– Все, пора, – сказал поручик.

Рэйко низко, головой в пол, поклонилась ему. Куда-то вдруг ушли все силы – она никак не могла разогнуться. Плакать нельзя, сказала она себе, лицо накрашено. Но слезы текли сами.

Когда она наконец выпрямилась, то сквозь туманную пелену слез увидела, что муж, уже обнажив клинок, обматывает его белой тканью, что осталось сантиметров двадцать голой стали.

Покончив с этим и положив саблю на пол, поручик скрестил ноги и расстегнул ворот мундира. На жену он больше не смотрел. Его пальцы расстегивали одну за другой плоские медные пуговицы. Обнажилась смуглая грудь, потом живот. Поручик снял ремень, спустил брюки – показалась ярко-белая ткань набедренной повязки. Он стянул ее пониже, еще больше открывая тело, и сжал в правой руке обмотанный белым клинок. Глаза поручика не отрываясь смотрели на голый живот, левой рукой он слегка поглаживал себя чуть ниже талии.

Забеспокоившись, достаточно ли остра сабля, офицер спустил брюки до половины и легонько полоснул себя по ноге. На коже вспыхнул красный рубец, кровь несколькими тоненькими ниточками побежала по бедру, посверкивая в ярком электрическом свете.

Рэйко впервые видела кровь мужа, у нее перехватило дыхание. Она взглянула ему в лицо. Поручик оценивающе осматривал разрез. Рэйко сразу стало спокойнее, хоть она и понимала, что это чувство облегчения ложное.

Тут поручик поднял глаза и впился в лицо жены жестким, ястребиным взглядом. Клинок он установил перед собой, а сам приподнялся, чтобы тело нависало над саблей. По тому, как напряглись мускулы плеч под кителем, было видно, что поручик собрал все силы. Он намеревался вонзить острое в левую нижнюю часть живота как можно глубже. Яростный крик разорвал тишину комнаты.

Хотя поручик нанес удар сам, ему показалось, что кто-то другой проткнул его тело толстым железным прутом. В глазах потемнело, и на несколько мгновений он перестал понимать, что с ним происходит. Обнаженная сталь ушла в тело до самой ткани, кулак поручика, сжимавший клинок посередине, уперся в живот.

Сознание вернулось к нему. Клинок пронзил брюшную полость, это несомненно, подумал он. Дышать было трудно, грудь тяжело вздымалась, где-то очень далеко – не может быть, чтобы это происходило в его теле, – родилась чудовищная боль, словно там раскололась земля и из трещины вырвалась огненная лава. Со страшной скоростью боль подкатывала все ближе и ближе. Поручик впился зубами в нижнюю губу, сдерживая крик. «Вот оно какое, хакари, – подумал он. – Будто на голову обрушился небесный свод, будто зашатался и перевернулся весь мир». Собственные воля и мужество, казавшиеся несокрушимыми до того, как клинок впился в тело, вытянулись тонкой стальной ниткой, и мысль о том, что надо изо всех сил держаться за эту нитку, наполнила душу поручика тревожной тоской. Кулак, державший саблю, весь вымок. Офицер увидел, что и рука, и белая ткань покрыты кровью. Набедренная повязка тоже стала

ярко-алой. «Странно, что, испытывая эту муку, я так ясно все вижу и что мир существует, как прежде», – подумал он.

С того самого момента, когда поручик пропорол себе саблей низ живота и лицо его страшно побледнело, словно на него опустился белый занавес, Рэйко изо всех сил боролась с неуправляемым порывом броситься к мужу. Делать этого нельзя, она должна сидеть и смотреть. Она – свидетель, такую обязанность возложил на нее супруг. Муж был совсем рядом, на соседнем татами, она отчетливо видела его искаженное лицо с закушенной губой, в нем читалось невыносимое страдание, но Рэйко не знала, как помочь любимому.

На лбу поручика блестели капли пота. Он зажмурил глаза, потом открыл их вновь. Взгляд его утратил всегдашнюю ясность и казался бессмысленным и пустым, словно у какого-то зверька.

Мучения мужа сияли ярче летнего солнца, они не имели ничего общего с горем, раздиравшим душу Рэйко. Боль все росла, набирала силу. Поручик стал существом иного мира, вся суть его бытия сконцентрировалась в страдании, и Рэйко почудилось, что ее муж – пленник, заключенный в клетку боли, и рукой до него уже не достать. Ведь она сама боли не испытывала. Ее горе – это не физическая мука. У Рэйко возникло чувство, будто кто-то воздвиг между ней и мужем безжалостную стеклянную стену.

Со дня свадьбы весь смысл жизни Рэйко заключался в муже, каждый его вздох был ее вздохом, а сейчас он существовал отдельно от нее, в плену своего страдания, и она, охваченная скорбью, утратила почву под ногами.

Поручик попытался сделать разрез поперек живота, но сабля застряла во внутренностях, которые с мягким упругим упорством не пускали клинок дальше. Он понял, что нужно вцепиться в сталь обеими руками и всадить ее в себя еще глубже. Так он и сделал. Клинок шел тяжелее, чем он ожидал, приходилось вкладывать в кисть правой руки все силы. Лезвие продвинулось сантиметров на десять.

Боль хлынула потоком, разливаясь шире и шире; казалось, живот гудит, как огромный колокол, нет, как тысяча колоколов, разрывающих все существо поручика при каждом ударе пульса, при каждом выдохе. Удерживать стоны было уже невозможно. Но вдруг поручик увидел, что клинок дошел до середины живота, и с удовлетворением ощутил новый приток мужества.

Кровь лилась все обильнее, хлестала из раны толчками. Пол вокруг стал красным, по брюкам защитного цвета стекали целые ручьи. Одна капля маленькой птичкой долетела до соседнего татами и заалела на подоле белоснежного кимоно Рэйко.

Когда поручик довел лезвие до правой стороны живота, клинок был уже совсем не глубоко, и скользкое от крови и жира острие почти вышло из раны. К горлу вдруг подступила тошнота, и поручик хрипло зарычал. От спазмов боль стала еще нестерпимей, края разреза разошлись, и оттуда полезли внутренности, будто живот тоже рвало. Кишкам не было дела до мук своего хозяина, здоровые, блестящие, они жизнерадостно выскользнули на волю. Голова поручика упала, плечи тяжело вздымались, глаза сузились, превратившись в щелки, изо рта повисла нитка слюны. Золотом вспыхнули эполеты мундира.

Все вокруг было в крови, поручик сидел в красной луже; тело его обмякло, он опирался о пол рукой. По комнате распространилось зловоние – поручика продолжало рвать, его плечи беспрерывно сотрясались. Клинок, словно вытолкнутый из живота внутренностями, неподвижно застыл в безжизненной руке.

Вдруг офицер выпрямился. С чем сравнить это невероятное напряжение воли? От резкого движения откинута назад голова громко ударилась затылком о стену. Рэйко, которая, оцепенев, смотрела только на ручеек крови, медленно подбиравшийся по полу к ее коленям, изумленно подняла глаза.

Увиденная ею маска была непохожа на живое человеческое лицо. Глаза ввалились, кожу покрыла мертвенная сухость, скулы и рот, когда-то такие красивые, приобрели цвет засохшей грязи. Правая рука поручика с видимым усилием подняла тяжелую саблю. Движение было замедленным и неуверенным, как у заводной куклы. Поручик пытался направить непослушное острие себе в горло. Рэйко сосредоточенно наблюдала, как ее муж совершает самый последний в своей жизни, невероятно трудный поступок. Раз за разом скользкий клинок, нацеленный в горло, попадал мимо. Силы поручика были на исходе; Острие тыкалось в жесткое шитье, в галуны. Крючок был растегнут, но воротник все же прикрывал шею.

Рэйко не могла больше выносить это зрелище. Она хотела прийти на помощь мужу, но не было сил подняться. На четвереньках она подползла к нему по кровавой луже. Белое кимоно окрасилось в алый цвет. Оказавшись за спиной мужа, Рэйко раздвинула края ворота пошире – это все, чем она ему помогла. Наконец дрожащее острие попало в обнаженное горло. Рэйко показалось, что это она толкнула мужа вперед, но нет – поручик сам из последних сил рванулся навстречу клинку. Сталь пронзила шею насквозь и вышла под затылком. Брызнул фонтан крови, и поручик затих. Сзади из шеи торчала сталь, холодно отливая синим в ярком свете лампы.

Рэйко медленно спустилась по лестнице. Пропитавшиеся кровью таби скользили по полу. На втором этаже воцарилась мертвая тишина.

Она зажгла внизу свет, завернула газовый кран и плеснула водой на тлеющие угли жаровни. Потом остановилась перед зеркалом в маленькой комнате и приподняла полы своего кимоно. Кровавые пятна покрывали белую ткань причудливыми разводами. Рэйко села на пол и задрожала, чувствуя, как подол, мокрый от крови мужа, холодит ей ноги. Долго она накладывала на лицо косметику. Покрыла щеки румянами, ярко подвела помадой губы. Грим предназначался уже не для любимого, а для мира, который она скоро оставит, поэтому в движении кисточки было нечто величавое. Когда Рэйко встала, на татами перед зеркалом остался кровавый след, но она даже не взглянула на него.

Затем молодая женщина зашла в ванную и наконец остановилась в прихожей. Вечером поручик запер входную дверь на ключ, готовясь к смерти. Некоторое время Рэйко размышляла над несложной дилеммой. Открыть замок или оставить закрытым? Если дом будет на запоре, соседи могут не скоро узнать о смерти молодой пары. Ей бы не хотелось, чтобы люди обнаружили их тела, когда они уже начнут разлагаться. Наверно, лучше отпереть... Рэйко повернула ключ и слегка приоткрыла дверь. В прихожую ворвался холодный ветер. Ночная улица была пустынна, над верхушками деревьев, что окружали особняк напротив, мерцали звезды.

Рэйко снова поднялась вверх. Кровь на таби успела засохнуть, и ноги больше не скользили. На середине лестницы в нос ей ударил резкий запах.

Поручик лежал в луже крови, уткнувшись лицом вниз. Острие сабли еще дальше вылезло из его шеи.

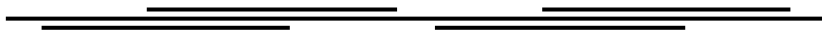
Рэйко спокойно пересекла залитую кровью комнату. Села на пол рядом с мертвым мужем и, нагнувшись, сбоку заглянула ему в лицо. Широко раскрытые глаза поручика замороженно смотрели в одну точку. Рэйко приподняла безжизненную голову, отерла рукавом окровавленное лицо и припала к губам мужа прощальным поцелуем.

Быстро поднявшись, она открыла шкаф и достала оттуда белое покрывало и шнур. Покрывало она аккуратно, чтобы не помять кимоно, обернула вокруг пояса, а шнур туго затянула поверх. Рэйко села на пол в одном шаге от тела поручика. Вынула из-за пояса кинжал, посмотрела на светлую сталь и коснулась ее языком. Гладкий металл был чуть сладковат.

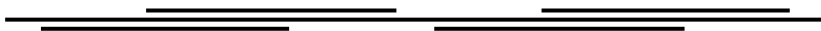
Молодая женщина не колебалась ни секунды. Она подумала о том, что мука, отгородившая от нее мужа, скоро станет и ее достоянием, что миг соединения с любимым близок, и в ее сердце была только радость. В искаженном страданием лице поручика она видела что-то необъяснимое, таинственное. Теперь она разгадает эту загадку. Рэйко показалось, что только сейчас она ощущает сладкую горечь Великого Смысла, в который верил муж. Если прежде она знала о вкусе этого сокровенного знания только от поручика, то ныне испытает его сама.

Рэйко приставила кинжал к горлу и надавила. Рана получилась совсем мелкой. К голове прилил жар, затряслись руки. Она резко рванула клинок в сторону. В рот изнутри хлынуло что-то горячее, все перед глазами окрасилось алым – это из раны ударила струя крови. Рэйко собрала все силы и вонзила кинжал в горло по самую рукоятку.

ДЛЯ НОТАТОК



ДЛЯ НОТАТОК



Навчальне видання

Віктор Іонович Каневський

СУЇЦИДОЛОГІЯ В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ

Навчальний посібник

Редактор *С. Сидоренко*.

Технічний редактор, комп'ютерна верстка, дизайн обкладинки *М. Матвієнко*.
Друк, фальцовально-палітурні роботи *О. Гончарова*.

Підп. до друку 18.12.2014 р.

Формат 60x84¹/₁₆. Папір офсет.

Гарнітура «Times New Roman». Друк ризограф.

Умовн. друк. арк. 20,22. Обл.-вид. арк. 17,49.

Тираж 100 пр. Зам. № 4327.

Видавець і виготовлювач: ЧДУ ім. Петра Могили.

54003, м. Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10.

Тел.: 8 (0512) 50-03-32, 8 (0512) 76-55-81, e-mail: rector@chdu.edu.ua.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3460 від 10.04.2009 р.